

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	補充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府庁
0920010	介護保険における短期入所生活介護基準の緩和	〇指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号） 第121条、第125条等	〇指定短期入所生活介護事業者の指定を受けるには、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）において定める基準を満たさなければならない。		指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）により規定される短期入所生活介護事業については、特別養護老人ホーム等に併設されることを予定した基準となっているため、併設型で事業を行うことは事実上不可能となっている。そのためサービス供給量が不足しており多数の施設入所待機者を生む要因となっている。同等のサービスとして指定障害福祉サービス事業としての短期入所等が緩和された基準となっており、サービス供給を確保するため障害福祉サービスや介護保険サービスにおける他類似サービス同等の基準に緩和すべきである。	具体的事業の実施内容（詳細は別紙「事業内容書」）： 短期入所生活介護（ショートステイ）の事業を実施する上で的人员配置、設備等の基準が、特別養護老人ホーム等の大規模施設併設型を想定して設定されているため、事実上、併設型でなければ事業を行うことができない。民家等の空部屋やデイサービス等の事業所の空スペース等を利用した単独型としても事業が行えるよう基準を緩和すべきである。 要請理由： ショートステイは、事業の区域として想定している本市における利用率が100%前後と利用ニーズが高く、介護者の急増や急な冠婚葬祭においての利用が困難な状況である。今後、高齢者の増加に伴い要介護者の増加が予想されるなか利用需要の増加が懸念されている。介護施設建設が抑制によるなかで施設に併設されたショートステイの供給が困難な状況にあり在宅生活を支えるサービスの一つとして利用ニーズに対応した供給が望まれる事業である。また、平成18年4月の介護保険制度改革により地域密着型サービスが導入され在宅または地域でできる限り生活を継続するという考えが一つの柱となっているが、在宅生活を支えるショートステイを実施する場所（本体施設）が生活圏とは離れた場所にあるという問題点も生じている。民家等を利用した単独型の設置ができるようになることで施設入所に頼らず地域生活の継続に資するものと思われる。さらに、特区第6次提案により認められることとなった「認知症対応型生活介護短期利用」については、空床利用のため、市内施設全てが常時満床であるため短期利用が全くできない状態である。 平成19年10月全国規制改革提案からの改善策： 別紙事業内容書	C	Ⅲ	〇 短期入所生活介護は、短期間、施設に宿泊することにより、利用者の心身の機能の維持とその家族の負担を軽減することを目的とするサービスであり、それにふさわしいサービスを提供するために医師・生活相談員・栄養士等の人員配置や一定面積以上の居室の確保が義務づけられている。 〇 それに対して、小規模多機能居宅介護事業は、「適い」を中心としつつ、要介護者の様態や希望に応じて「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供するものであり、宿泊を主たる目的とするサービスではない。また、要介護者の住み慣れた地域でのサービス提供を前提とする地域密着型サービスであり、原則として事業所所在市町村の住民のみが利用できる小規模の事業所となっている。そのため、比較的緩やかな人員・設備基準となっている。 〇 以上のように、短期入所生活介護事業は小規模多機能居宅介護事業とは性質の異なるサービスであり、小規模多機能居宅介護事業に準じた人員・設備基準とした場合には適切なサービスの質を確保できなくなることから、御提案の基準緩和を認めることは困難である。 〇 また、平成18年の制度改革においては、認知症の高齢者等ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、地域に根ざしたかたちでサービスを提供することが効果的と考えられるサービスについて「地域密着型サービス」として位置づけたものであり、「緩やかな人員・設備基準とするため」に「事業所所在市域（特区）の住民のみが利用する小規模事業所」として位置づけることは妥当ではないと考える。	右の提案主体からの意見（特に、提案主体が別紙にて提示している新基準案）を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、提案主体は、「求める措置の具体的な内容」において、「障害福祉サービスや介護保険サービスにおける他類似サービス同等の基準に緩和すべき」と求めているが、「障害福祉サービス」の方についても回答されたい。	適切なサービスの質を確保できないという理由で基準緩和することができないとご回答いただいているが、提案の基準においてもサービスの質の確保について実態に合わせた具体的な措置を設けており、そのことについて具体的な検討がなされていないまま結論づけられている。提案基準について具体的な検討を行った上でご回答いただきたい。		1 0 0 2 0 1 0	西宮市	兵庫県	厚生労働省
0920020	道州制北海道スタンダード歳入徴収金回収プロジェクト	・地方自治法（昭和22年法律第67号）第231条の3第3項 ・国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第79条の2 ・介護保険法（平成9年法律第123号）第144条 ・高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第83号）第113条 ・児童福祉法（昭和22年法律第164号）第56条第3項及び第10項	地方公共団体の歳入に係る債権の回収方法については、地方自治法（昭和22年法律第67号）において規定されており、国民健康保険税、介護保険料、長寿医療保険料、保育費用については強制徴収により、水道料については裁判上の手続きにより行っている。		始めに、滞納者は税を始め給食費、公営住宅料、水道料等も滞納している多重債務者が多く、滞納者の納付意識は民間債務を優先とし、町債務への支払意識は低く、とりわけ町外に転出すると「逃げ得」の意識が強くなっている。 1. 現行法における町歳入徴収金の滞納処分手法は債権により、次の2区分となっている。 ①税債権は自力執行権により町が執行機関として実施 ②私債権は自力執行権がなく、執行機関の裁判所へ訴える提起 2. これを、町歳入徴収金には、それぞれ①と②の手法を与え、二刀流とし滞納者の状況により町が滞納処分の手法を自由に選択できるよう改正を提案します。 【具体的に対象とする債権名】 ①強制徴収公債権名：道町民税、法人町民税、入湯税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、介護保険料、長寿医療保険料、保育所保育料、下水道料、下水道受益者負担金 ②非強制徴収公債権名：水道料、給食費、町営住宅使用料、し尿汲み取り手数料、幼稚園保育料 【法の整備】共通法と個別法に滞納処分の二刀流手法を明文化	税との多重債務が多いが、例としては次のとおりです。 1. 現在、下水道料と水道料の賦課は別で有るも、事務の効率化と納付者の利便上、納付書は1枚で発行している。 2. 現行法では滞納者が発生すると、次の滞納処分をしている。 【下水道料は①の自力執行権で滞納金調査をし差押え】、【水道料は②により裁判所へ訴えの提起】をしている。 3. 結果、①と②によりそれぞれの滞納処分に必要な事務をすることは時間と費用で非常に効率が悪く、かつ、滞納者も困惑しながら滞納処分を納付し、下水道料は納付することなく滞納が続いています。原因は税（預金口座調査の限界と金融機関費用増加）をなめるとも、裁判は怖い。 4. これを解消し、町歳入徴収金の早期回収と事務の合理化と効率的に進めるとともに、町財源と住民の公平感の確保を図るため提案するものです。	E	一	地方公共団体の歳入に係る債権の回収方法については、地方自治法（昭和22年法律第67号）において、強制徴収又は裁判上の手続きのいずれかによるものとする旨が定められていることから、地方自治法を所管する総務省の回答をご確認下さい。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	現行制度の下では、現に保育料や国民健康保険税（料）の回収が滞っているため、特区の提案を行ったものであり、厚生労働省として、関係省庁との調整の上、具体的な解決の道を探るべきだと思います。その他、総務省への意見のとおり。		1 0 0 0 3 0 1 0	新得町	北海道	総務省 法務省 厚生労働省 国土交通省 環境省
0920030	院内製造されたPET用FDG製剤を同一医療法人内（同一敷地外）において使用することの容認	薬事法第12条第1項、第13条第1項、第14条第1項及び第24条第1項	薬事法上の医薬品であるPET用FDG製剤については、院内で製造し、他の医療機関に販売又は授与を行う場合、薬事法に基づく医薬品の製造販売業許可、製造業許可、製造販売承認及び販売許可を得る必要がある。		院内製造されたPET用FDG製剤は他の医療機関に販売又は授与を行う場合、薬事法に基づく医薬品の製造販売業許可、製造業許可、製造販売承認及び販売許可を得る必要がある。これを同一医療法人内（同一敷地外のサテライト施設等）に限定した使用を特例的に認める。	（本提案の主旨）販売を目的とせず同一法人のサテライト施設において使用を限定するもの。院内製造されたFDG製剤の取扱いについては、次の要件を遵守する。①日本核医学学会によるガイドラインを遵守。②本剤の輸送方法は放射線を遮蔽された鉛製容器を使用し、放射線障害防止法及び車両運搬規則等規制により、品質管理及び安全対策を講ずる。③その他保健衛生上の規制等を遵守する。（現状）①長時間においては、悪性新生物による死亡率は他都道府県に比較し非常に高く、18年度全国ワースト10位となっている。②当県は地域的に細長く、更に離島を多く抱えており、利用者の交通手段等の経済的、身体的負担は大きい。③PET-CT検査に対するニーズが年々高くなってきている中で、サイクロトロン施設の効率的な活用が出来ていない。④市販製剤（デリバリール）の使用については、コストの問題、半減期及び安定供給等の問題を講ずる。（効果）イ サテライト施設へのFDG製剤が使用可能となれば、サイクロトロン施設の効率的な活用ができることから、検診料等の削減、価格低減が可能。ロ サテライト施設の設置により患者、検査受診者への経済的・身体的な負担が軽減できる。ハ、検査受診者の増加に伴い、がんの早期発見・早期治療によるがん死亡率の低減及び、医療費削減等においても期待できると考える。ニ、PET-CT検査はがんの発見だけでなく、炎症、代謝性疾患までも発見できることから、国が策定推進している総合がん検診の普及においても寄与できるものと考えている。以上のことから、本提案について検討をお願いしたい。	D	一	薬事法上の医薬品であるPET用FDG製剤について、仮に同一法人であっても、他の医療機関に販売又は授与を行うためには、適切な品質管理、副作用情報等の安全性に関する情報の収集・提供、不良品の自主回収等の危害防止措置等を講じる必要があることから、品質管理のシステム等に則する審査を受けた上で製造販売業許可を得る必要がある。また、個別の品目ごとに安全性・有効性等を確認する必要があるため、品目ごとに承認を得る必要があるとともに、その製造についても、製造管理・品質管理体制が整備された施設でなされる必要があることから、製造業の許可を得る必要がある。 しかしながら、御提案の件については、医師の医療行為の一環として、自らの責任において、当該医師又はその指示下にある医療従事者がFDG製剤を製造し、当該医師が患者の治療に使用する場合は、薬事法上の製造販売業許可等の規制の対象外である。	貴省の回答によれば、「医師の医療行為の一環として、自らの責任において、当該医師又はその指示下にある医療従事者がFDG製剤を製造し、当該医師が患者の治療に使用する場合は、薬事法上の製造販売業許可等の規制の対象外である。」とあるが、この条件の下では、全国でこのような対応が可能なのか。		1 0 0 0 5 0 1 0	医療法人 祥仁会	長崎県	厚生労働省	
0920040	外国人研修・技能実習制度の見直し	・技能実習制度に係る出入国管理上の取扱いに関する指針（平成5年4月5日法務省告示第141号） ・技能実習制度推進事業運営基本方針（平成5年4月5日労働大臣公示）	・「技能実習制度」は、一定期間の研修を経た上で研修成果等の評価等を行い、一定の水準に達したこと等の要件を満たした場合に、その後雇用関係の下でより実践的な技術、技能等を習得することができる制度である。 ・技能実習制度推進事業運営基本方針等に基づく、研修生送出のニーズに合致する職種かつ対象技能等の公的評価制度が整備されている職種を技能実習対象職種としている。研修成果の基となる公的評価制度の仕組みとして①職業能力開発促進法に基づく技能検定（5職種）と②（財）国際研修協力機構の認定する評価制度の仕組み（11職種）がある。 ・「技能実習制度」は、一定期間の研修を経た上で研修成果等の評価等を行い、一定の水準に達したこと等の要件を満たした場合に、その後雇用関係の下でより実践的な技術、技能等を習得することができる制度であり、研修期間と、技能実習期間からなるものである。日本における滞在期間は、研修期間と技能実習期間を合わせて3年以内とされている。		■技術移転実習移行対象職種（63種116作業）の拡大 ■研修・技能実習受入の見直し ■技能実習期間の延長	医療保健福祉分野への就労者確保のためフィリピン、インドネシアEPAにより外国人介護士（看護師）候補者の受入れを本年度より行う。サービス水準を確保、向上させるためには受入施設のOJT指導や標準化された教育研修を行うことが肝要。外国人研修・技能実習制度の趣旨を踏まえ効果的かつ積極的な運用を図る外国人介護人材養成システムを構築する。研修・技能実習の関係は日本語教育等は送出し国で、日本国内では技能実習を重点化、効率化を図る。技能実習は実習と教育を一体的に行うプログラム提供。（介護福祉士国家試験受験資格要件「3年以上の経験＋600時間程度の養成研修」システム化）	C	Ⅲ	技能実習移行対象職種に「介護」を追加することについては、①介護等のサービス分野について、業務の内容や求められる技能に各国の特徴がある中で、我が国における当該業務の実習が各国に対する技能移転にじまない可能性があると、②介護業務について、アジア諸国においては、既に労働力としての諸外国への送出しが行われている実態があり、既に一定のレベルの技能に達している可能性があること等を踏まえ、慎重に検討することは困難である。なお、研修・技能実習制度の枠組みにおいて、介護分野の受入れが可能か否かを検討するにあたっては、日・インドネシア経済連携協定による受入の状況や実習の状況も十分に精査することが不可欠である。 また、技能実習期間の延長等については、技能実習生は実習終了後に母国へ帰国し、修得した技術等を母国の発展のために役立てることが当制度の趣旨であるため、技能実習の期間を延長し、母国に帰国してからの技能移転を遅らせることは適当ではない。また、その弊害として、いたずらに期間を長くすることで、①定住化、不法就労の問題、②家族の呼び寄せ問題、③労働市場への影響などが発生するおそれがある。以上のことから、技能実習期間を延長することは適当ではない。	貴省の回答では、介護などのサービス分野において業務の内容や求められる技能に各国の特徴がある中で、我が国における当該業務の実習が各国に対する技能移転にじまない可能性があるとされている一方で、インドネシアとの間でEPAが実施されていることから、インドネシアにおいて日本の医療福祉支援システムへの導入が必要とされていると考えられるが、いかがか。あわせて右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	関係国とはインドネシア共和国である。提案書添付資料に記述する「日本で取得した医療保健福祉に係る知識と技術の普及と体制、社会福祉支援システムの構築に努める」とするインドネシア大学某教授の意向を踏まえた提案であり、研修生送出のニーズに合致しており、外国人研修・技能実習制度の趣旨からして、その目的に整合するものと理解している。また、期間延長等については、介護福祉士国家試験受験要件を満たす3年の実務経験が延長される見込みであることを前提としている。EPAの現行再実習制度を活用する方法も考えられるが、出入国管理事務処理上の効率効果等を考慮し、外国人研修・技能実習制度の対象として「介護」を位置づけた上で、在留期間を4年に延長することにより対応することを要望するものである。		1 0 0 6 0 1 0	社会福祉法人堂の里	宮崎県	法務省 厚生労働省
0920050	介護職員基礎研修事業の拡大	・技能実習制度に係る出入国管理上の取扱いに関する指針（平成5年4月5日法務省告示第141号） ・技能実習制度推進事業運営基本方針（平成5年4月5日労働大臣公示）	・「技能実習制度」は、一定期間の研修を経た上で研修成果等の評価等を行い、一定の水準に達したこと等の要件を満たした場合に、その後雇用関係の下でより実践的な技術、技能等を習得することができる制度である。 ・技能実習制度推進事業運営基本方針等に基づく、研修生送出のニーズに合致する職種かつ対象技能等の公的評価制度が整備されている職種を技能実習対象職種としている。研修成果の基となる公的評価制度の仕組みとして①職業能力開発促進法に基づく技能検定（5職種）と②（財）国際研修協力機構の認定する評価制度の仕組み（11職種）がある。 ・「技能実習制度」は、一定期間の研修を経た上で研修成果等の評価等を行い、一定の水準に達したこと等の要件を満たした場合に、その後雇用関係の下でより実践的な技術、技能等を習得することができる制度であり、研修期間と、技能実習期間からなるものである。日本における滞在期間は、研修期間と技能実習期間を合わせて3年以内とされている。		外国人向け日本語デュアル・システムの導入	医療保健福祉サービス水準を確保するため、体系的知識と技能の両方を兼ね備えた人材育成を実現。教育・実務連携型研修システムの構築と実施。この教育システムに参加する外国人求職者は日本人雇用労働者同様に労働保険、社会保険等に加入する介護保険制度基準（人員配置基準）を満たす者とし、実務3年経験かつ介護職員基礎研修事業受講者は介護福祉士国家受験資格者として認定するものとする。	C	Ⅲ	本要望については、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することを前提に述べられているが、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することについては、①介護等のサービス分野については、業務の内容や求められる技能に各国の特徴がある中で、我が国における当該業務の実習が各国に対する技能移転にじまない可能性があると、②介護業務について、アジア諸国においては、既に労働力としての諸外国への送出しが行われている実態があり、既に一定のレベルの技能に達している可能性があること等を踏まえ、慎重に検討する必要があるため、現段階においては、技能実習移行対象職種に「介護」を追加することは困難である。なお、研修・技能実習制度の枠組みにおいて、介護分野の受入れが可能か否かを検討するにあたっては、日・インドネシア経済連携協定による受入の状況や実習の状況も十分に精査することが不可欠である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	この提案は、外国人研修・技能実習制度に「介護」を追加することにより、3年（制度改革が実現すれば4年）の期間中、当法人が行う介護職員基礎研修事業（教育・実務連携型研修システム）に参加し修了した外国人は、介護福祉士国家受験資格者の取り扱いとするものである。 なお、送り出するインドネシア海外労働者派遣・保護庁との関係はインドネシア大学某教授を通して良好であることを確認したい。 また、この提案は、日・インドネシア経済連携協定の一環として行おうとするものではない。よって、受入状況や実習の状況も十分に精査することの必要はない。		1 0 0 6 2 0	社会福祉法人堂の里	宮崎県	厚生労働省

09 厚生労働省 非予算(特区・地域再生 再検討要請).xls

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	補充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロジェクト名	提案事項番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920060	救急救命士による血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条、第22条	救急救命士は、保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として救急処置を行うことを業とすることができる。（法第43条第1項） 救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急処置を行ってはならない。（法第44条第1項） 救急救命士は救急用自動車等以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重症傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急処置を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。（法第44条第2項）		意識障害を呈している傷病者へ、直接メディカルコントロール下において救急救命士による簡易血糖測定器による血糖値測定と、低血糖発作が確定した際にブドウ糖溶液の投与を行う。	糖尿病の国内患者数は、この40年間で約3万人から700万人程度にまで膨れ上がっています。さらに境界型（糖尿病予備軍）を含めると2000万人に及ぶとも言われます。厚生労働省発表によると、2006年11月時点の調査データから、日本国内で糖尿病の疑いが強い人は推計820万人としています。この糖尿病患者数の増加と相まって、治療薬のインスリン使用による低血糖発作で救急搬送されるケースも増加しています。重症低血糖発作では昏睡状態となり、症状からは脳血管障害との鑑別が困難となります。この鑑別には血糖測定が有効であることは周知するところではありますが、現在の救急救命士法では簡易血糖測定器による血糖測定を実施することはできません。そのため、強く低血糖発作が疑われる患者であっても、救急隊は脳血管障害にも対応可能な3次医療施設への搬送を余儀なくされます。簡易血糖測定器の取扱いが容易であり、現場で血糖測定を行うことは低血糖発作の鑑別に有効です。さらに低血糖発作症例に対して静脈路確保を行い、ブドウ糖溶液を投与することは昏睡状態からの早い回復に大変有効と考えます。当MCC管内救命救急センターでは、昏睡状態で救急搬送された重症低血糖患者は2003年からの5年間で80例を数え、そのほとんどが当日または翌日に退院となっています。今後とも増加が予想される低血糖発作患者への速やかな対応と適正な医療機関の選択の一助として、救急救命士による血糖測定と低血糖時のブドウ糖溶液の投与を認めていただきたいと思います。適切な地域メディカルコントロール体制が完備されていることが必須の条件とした上で、本提案を認めていただきたいと思います。	C	I	医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、現在の救急救命士の養成課程における教育内容、教育期間をふまえると、救急救命士に当該処置を行わせることは適切でないが、今後、救急救命士による当該処置等について、関係者の意見をふまえて検討を行う予定。	オンラインによる医師の指示の確実な伝達など提案主体の実施体制の整備や、事後検証の蓄積を通じた指導など救急救命士の教育体制の整備による質の確保を条件に提案を実現出来ないが、右の提案主体からの意見も踏まえ、救急救命士による血糖測定と低血糖時のブドウ糖溶液の投与の問題に分けて、再度検討し回答されたい。 また、特区において実施することで、事例の蓄積を図る意義があるのではないかと、今後に、検討スケジュールを明らかにされた。 なお、救急救命士が行っている行為の範囲は、省令事項と思われるが、如何。	回答の「医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、は、いかなる医療行為も人体に少なからず影響を及ぼすことに異論はありません。しかし今回の申請内容はそうではないと考えております。また「現在の救急救命士の養成課程における教育内容、教育期間をふまえると、救急救命士に当該処置を行わせることは適切でない」は、当印譜MCC協議会は年間約1700件の手厚い事後検証体制を敷き、きめ細かく指導を行っています。簡易血糖測定器の使用方式やブドウ糖投与方法の講習を行い、その使用には救急救命士のみで医学的判断を行わず、オンラインで医師が判断し、オンライン下での使用を必須条件とします。		1 0 0 9 0 1 0 1 0	印譜地域 救急業務 メディカルコントロール協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920070	救急救命士によるアナフィラキシー患者へのエピネフリン注射器（エピベン®）の使用	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条、第22条	救急救命士は、保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として救急処置を行うことを業とすることができる。（法第43条第1項） 救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急処置を行うことはならない。（法第44条第1項） 救急救命士は救急用自動車等以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重症傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急処置を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。（法第44条第2項）		アナフィラキシーショックを呈している傷病者に対し、傷病者本人に処方されているエピネフリン注射器（エピベン®）を、直接メディカルコントロール下において救急救命士が傷病者本人に代わり使用することにより救命に寄与する。	ハチ毒や食物、薬物等が原因で起こる、急性アレルギー反応のひとつにアナフィラキシーがありますが、ときに呼吸困難、意識障害等の症状を伴うことがあります。その中にはショック症状を引き起こし、短時間のうちに生命を左右するような危険な状態に陥ることがあります。厚生労働省の人口動態統計によると、1年間にアナフィラキシーが原因で死亡届けがあったのは50～60人程度とされています。これには原因の詳細が不明なアナフィラキシーも含まれています。米国では人口の1.24～16.76%がアナフィラキシーを起こし、0.002%が死に至る可能性があると考えられ、アナフィラキシーはまれにみられる疾患ではないとされています。本邦では2003年8月より、アナフィラキシーショックに対する救急処置として、エピネフリン注射器（エピベン®）が使用可能となり、実際の現場で有用であることが実証されており、エピネフリン注射器（エピベン®）は、アナフィラキシーショックの既往がある、あるいはアナフィラキシーショックを発症する可能性がある医師が判断した場合に処方される薬剤で、患者は常時携帯することを指導されます。しかし、この注射器は患者本人あるいは保護者へのみ使用が認められているのが現状であり、エピベン®はアナフィラキシーショックに陥ると、患者本人に自己注射を行えるだけの余力と時間の遅延はありません。時と場所を選ばずに発症するアナフィラキシーショック患者に、一番先に接触することの出来る救急救命士が患者本人に代わってこの注射器を使用出来れば、アナフィラキシーによる死亡を回避させることが可能と考えます。この注射器の取扱いには非常に容易であり、是非とも救急救命士によるエピネフリン注射器（エピベン®）の使用を認めていただきたいと思います。適切な地域メディカルコントロール体制が完備されていることが必須の条件とした上で、本提案を認めていただきたいと思います。	C	IV	救急救命士によるエピベン®の使用については、昨年度行った厚生労働科学研究の結果や、関係者の意見を踏まえて、今年度中の検討を行う予定。	貴省の回答に、「今年度中の検討を行う予定」とあるが、検討内容の詳細及び結論を出す時期を明らかにされた。また、右の提案主体からの意見も踏まえ、再度検討し回答されたい。	今回の提案内容であるエピネフリン注射器の使用に関しては、救急救命士への講習を行う予定にしております。また現場活動において使用する場合には、救急救命士の観察所見からオンラインで医師が判断し、オンライン上でエピネフリン注射器の使用を行う体制を必須の条件にしたいと考えております。「救急救命士によるエピベン®使用については、昨年度行った厚生労働科学研究の結果や、関係者の意見を踏まえて、今年度中の検討を行う予定にしたい」として、是非とも当地域限定として先行的に施行することを御検討いただきたいと思います。		1 0 0 9 0 2 0 2 0	印譜地域 救急業務 メディカルコントロール協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920080	救急救命士による重症喘息患者に対する吸入β刺激薬使用	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条、第22条	救急救命士は、保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として救急処置を行うことを業とすることができる。（法第43条第1項） 救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急処置を行うことはならない。（法第44条第1項） 救急救命士は救急用自動車等以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重症傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急処置を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。（法第44条第2項）		喘息治療中患者の重症発作時に、直接メディカルコントロール下において、処方されている吸入β刺激薬を救急救命士が使用し、病院前における喘息死を防ぐことに寄与する。	本邦における気管支喘息での年間死亡数は、平成17年の人口動態統計によると3198人（男性：1565人、女性1633人）となっています。人口10万人に対する死亡率は2.5人で、この10年間で半減しているものの、喘息死に遭遇することは稀ではありません。現在、救急隊、救急救命士が重症化した気管支喘息の傷病者に対して行うことの出来る処置は、酸素投与のみとなっております。重症発作時には、救急搬送の遅延や騒音のストレス、冬の冷たい空気などで重症気管支喘息患者は容易に心肺機能停止状態に陥ってしまいます。そこで、患者本人に処方されている吸入β刺激薬の救急救命士による使用を提案いたします。現在、傷病者本人、または保護者のみで吸入β刺激薬を使用できるようになっており、また、傷病者1名のみしか救急現場にいない場合、救急隊、救急救命士には使用できないのが現状です。重症喘息発作時には患者本人が自力で吸入を行うだけの体力や思考能力は、もはや期待出来ない状態です。さらに喘息死の約48%が病院前あるいは救急室との報告があります。病院前救護において救急救命士による吸入薬の介助が実施されれば、喘息によって死にいたる患者を救命することに非常に有効と考えます。適切な地域メディカルコントロール体制が完備されていることが必須の条件とした上で、本提案を認めていただきたいと思います。	C	I	医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、現在の救急救命士の養成課程における教育内容、教育期間をふまえると、救急救命士に当該処置を行わせることは適切でないが、今後、救急救命士による当該処置等について、関係者の意見をふまえて検討を行う予定。	オンラインによる医師の指示の確実な伝達など提案主体の実施体制の整備や、事後検証の蓄積を通じた指導など救急救命士の教育体制の整備による質の確保を条件に提案を実現出来ないが、右の提案主体からの意見も踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、特区において実施することで、事例の蓄積を図る意義があるのではないかと、今後に、検討スケジュールを明らかにされた。 なお、救急救命士が行っている行為の範囲は、省令事項と思われるが、如何。	印譜MCC協議会では、救急救命士の知識や技術の向上を目的に、症例検討会やJPTICコース、AEDコース、さらに認定救急救命士を対象にシナリオ演習による特定行為確認訓練などを幅広く開催し、年間1700件以上の事後検証による手厚いフィードバックを行うなど、オンラインのMCだけでなくオンラインのMCとも成熟した体制で救急業務を遂行しております。今や当協議会管内の救急救命士は、相当量の知識と技量を有するものと自負しております。重症喘息患者の吸入β刺激薬の介助使用の方法の講習を行うとともに、使用には救急救命士のみで医学的判断を行わずに救急救命士の観察所見からオンラインで医師が判断し、オンライン下で吸入β刺激薬の使用を必須条件とします。		1 0 0 9 0 3 0 3 0	印譜地域 救急業務 メディカルコントロール協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920090	救急救命士による心肺機能停止前の静脈路確保と輸液について	救急救命士法第43条、第44条 救急救命士法施行規則第21条、第22条	救急救命士は、保健師助産師看護師法第31条第1項及び第32条の規定にかかわらず、診療の補助として救急処置を行うことを業とすることができる。（法第43条第1項） 救急救命士は、医師の具体的指示を受けなければ、厚生労働省令で定める救急処置を行うことはならない。（法第44条第1項） 救急救命士は救急用自動車等以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重症傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急処置を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。（法第44条第2項）		出血性ショックや、明らかな脱水等を呈している傷病者に対し、直接メディカルコントロール下において救急救命士による静脈路確保、輸液処置により、防ぎ得た死亡の削減に寄与する。	現在、救急救命士法では、省令により心肺機能停止状態の患者に対して、医師の指示のもとに定められた医療行為（特定行為）が許されていますが、重症傷病者に対して心肺機能停止前に静脈路確保と輸液を実施することは出来ません。そこで、救急救命士による心肺機能停止前の静脈路確保と輸液を提案いたします。これは、交通事故等の外傷傷病者や脳卒中患者、消化管出血等の傷病者に有効であると考えるからであります。特に、交通事故現場等において、傷病者が出血性ショック状態から心停止に陥る前に、救急救命士により静脈路確保が実施されれば、防ぎ得た死亡（Preventable Death）の削減に寄与すると考えます。適切な地域メディカルコントロール体制が完備されていることが必須の条件とした上で、本提案を認めていただきたいと思います。	C	I	医療行為を十分な知識・経験を有しない者が行うことは、人体に多大な影響を及ぼすおそれがあり、現在の救急救命士の養成課程における教育内容、教育期間をふまえると、救急救命士に当該処置を行わせることは適切でないが、今後、救急救命士による当該処置等について、関係者の意見をふまえて検討を行う予定。	オンラインによる医師の指示の確実な伝達など提案主体の実施体制の整備や、事後検証の蓄積を通じた指導など救急救命士の教育体制の整備による質の確保を条件に提案を実現出来ないが、右の提案主体からの意見も踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、特区において実施することで、事例の蓄積を図る意義があるのではないかと、今後に、検討スケジュールを明らかにされた。 なお、救急救命士が行っている行為の範囲は、省令事項と思われるが、如何。	印譜MCC協議会では、救急救命士の知識や技術の向上を目的に、症例検討会やJPTICコース、AEDコース、さらに認定救急救命士を対象にシナリオ演習による特定行為確認訓練などを幅広く開催し、年間1700件以上の事後検証による手厚いフィードバックを行うなど、オンラインのMCだけでなくオンラインのMCとも成熟した体制で救急業務を遂行しております。今や当協議会管内の救急救命士は、相当量の知識と技量を有するものと自負しております。心停止前の静脈路確保と輸液は侵襲性も低く、高い有効性のある治療と考えられますし、国内のエビデンスの集積にも大きく貢献できるものと思われまます。是非とも当地域限定として先行的に施行を御検討いただきたいと思います。		1 0 0 9 0 4 0	印譜地域 救急業務 メディカルコントロール協議会	千葉県	総務省 厚生労働省
0920100	緊急の遠距離訪問診療に必要な自動車の緊急自動車としての指定追加	-	-		癌等の特定疾患の患者に対し、緊急で長距離の訪問診療を行う必要がある場合、外見上一般車両と変わらない訪問診療用の自動車を、緊急自動車として指定する。	死因の一位を占める癌を含め、政府は自宅での終末期医療を推進している。癌の終末期は癌性疼痛、呼吸困難などの多様な症状が突然出現する頻度が高いため、昨今は緩和医療専門の医師が対応するようになっている。緊急に対処すべき症状が出現する頃には、患者の搬送はリスクとなっている場合が多い一方で、緩和医療の経験豊富な医師は少ないため、医師が極めて遠方の患者に対して訪問診療を行っているのが現状である。本提案は、緩和医療の経験豊富な医師が遠距離の癌を含む特定疾患の患者に対し、緊急に訪問診療を行う必要がある場合に限り、外見上一般車両と変わらない訪問診療用の自動車を緊急自動車として指定するものである。	-	-	規制を所管していないが、必要に応じて警察庁、国交省からの協議に応じる。		1 0 1 0 0 1 0	医療法人陽気会 在宅ホスピス の木の	栃木県	警察庁 厚生労働省 国土交通省		
0920110	地域包括支援センターに係る職員の専任規制を緩和し、地域包括支援センターに配置されている専門職が障害者に対する相談支援に従事することを可能とする。	○介護保険法施行規則第140条の52	○地域包括支援センターと指定相談支援業務を行うためには、介護保険法施行規則第140条の52に定められる基準及び、「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の人員及び運営に関する基準」を満たさなければならない。		地域包括支援センターに係る職員の専任規制を緩和し、地域包括支援センターに配置されている専門職が障害者に対する相談支援に従事することを可能とする。	年齢や障害の有無にとらわれず、住み慣れた身近な地域において暮らすことができるよう高齢者と障害者の共生型地域づくりをめざす。 提案理由： 障害者の地域移行を推進していくためには、障害者のニーズにあった様々なサービスが必要となるが、本道では推進が広大であり、また、人口の希薄な市町村も多く存在している。こういった市町村においては、障害者のみを対象とした相談支援体制の構築は困難な場合が多い。このため、高齢者に対する相談支援拠点として整備が進捗している地域包括支援センターの機能を活用することにより、相談窓口のワンストップ化を促進するとともに、障害者の一生を通じて途切れることのない支援体制の整備を図る。	D	-	○事業の適切な運営の観点から、「地域包括支援センターとして」指定相談支援業務を行うことはできないが、地域包括支援センターは、地域の実情を勘案して、運営協議会において認められた場合には、専従等の配置すべき人員の基準を緩和することができるため、指定相談支援事業所の基準を満たせば、同一法人内で両者の業務に従事することが可能である。	介護保険法施行規則上、地域包括支援センターの職員については「専従」要件が規定されているところであり、例えば、地域包括支援センターの3人の職員（保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員）とともに、障害者の相談支援担当職員を2名を配置した「高齢者・障害者」総合型のセンターを設置した場合、現行の規定上は「専ら従事する」との規制があるため、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員は、障害者に対する相談支援業務に従事することはできないものと承知しており、当方の提案を実現するためには介護保険法施行規則第140条の52第2号に規定する「専ら従事する」規制の例外を特区省令において認める必要がある。		1 0 1 0 2 0 1 0	北海道	北海道	厚生労働省	

09 厚生労働省 非予算(特区・地域再生 再検討要請).xls

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	補充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府庁
0920120	障害者支援施設における高齢者の介護保険法に基づく短期入所生活介護（ショートステイ）の利用	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）	〇指定短期入所生活介護事業者の指定を受けるには、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）において定める基準を満たさなければならない。		旧法の身体障害者療護施設や知的障害者入所更生施設など特別養護老人ホームと同等の人員配置が行われている障害者支援施設の一部（空きベッド）について、介護保険法の指定に基づく短期入所生活介護（ショートステイ）サービスを提供することを可能とする（空床利用型ショートステイ）。	高齢者の在宅介護支援のためには、介護保険法の短期入所生活介護の利用が重要である。一方、障害者支援施設においては利用者の地域移行等による空きベッドが存在しており、その効率的な活用が求められている。このため、障害者支援施設について本来の目的を損なわない範囲で、一部を短期入所生活介護として利用することを可能とし、これにより、高齢者が身近な地域で生活できる環境を整備するとともに、地域資源である障害者支援施設の有効活用を図る。 短期入所生活介護事業所については、各法の指定を受けた場合には、身体障害、高齢者相互に利用することは現行制度においても可能であるが、こうした措置を障害者支援施設にも、当該施設の本来の目的を損なわない範囲で適用する。 また、介護保険法において、障害者支援施設の指定（空きベッドの利用）は想定されていないことから、別途人員の配置が必要となっている。	D	一	障害者支援施設の屋室であっても、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）に定める基準を満たすものとして都道府県知事から短期入所生活介護の指定を受けたのであれば、介護保険制度における短期入所生活介護の事業を行うことは可能である。	多種多様な施設を整備するだけの人的資源や財源が十分でない過疎地域においては、施設の有効利用や行政サービスの向上の観点から、障害者に対する相談と高齢者に対する相談という類似業務を一元的に行う必要性があると思われる。 本提案にあるように、短期入所生活介護の受入れを特例的に認めている特別養護老人ホームと同様の人員配置が行われている障害者支援施設においては、介護保険制度による新たな指定を受けることなく、同施設の空床を利用して介護保険制度における短期生活介護の事業を行うことはできないのか。あわせて右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	いわゆる「空床利用型」短期入所生活介護（ショートステイ）について、現行の指定基準上は特別養護老人ホームにしか認められていないところを、身体障害施設など障害者施設についても認めていただきたいというものであり、今後、施設入所者の地域移行の進展によって障害者施設の空床が増加するが、こうした未活用の社会資本を、高齢者のショートステイサービスのニーズに対応するために有効活用を図る必要があるという視点からの提案である。したがって、貴省回答にあるような、一般的な短期入所生活介護を利用できるというのでは、「空床利用型」短期入所生活介護についての規制緩和を求める当方の提案への回答にはなっていないものと考ええる。	1 0 1 2 0 2 0	北海道	北海道	厚生労働省	
0920130	介護サービス事業所の人員基準の緩和とによる介護ボランティアの活用	〇介護保険法第74条第1項、第78条の4第1項、第88条第1項、第97条第2項、第110条第1項、第115条の4第1項、第115条の13第1項 等	〇介護保健施設や居宅サービス等において必要な人員基準上の人員として位置づけられる者は、当該施設・事業所の「従業者」であることとされている。		介護保険制度の求める一定水準以上のサービス提供が確保できると認められる場合には、人員基準上の介護職員に代わり介護ボランティアを活用できるよう人員基準を緩和する。 常勤換算で1の介護職員を、常勤換算で2～3の介護ボランティアで代替することを想定	ボランティア意欲の高揚が見られる現在、意欲のあるボランティアに介護サービスの要を担ってもらえる制度を整備することにより、今後益々増大する介護需要に応えられる地域の介護力の向上を図ることを目的とする。 なお、当該提案により、介護給付費の抑制や、介護従業者の低賃金問題の改善にも一定の効果が見期待できる。 【介護ボランティアの具体的な活用事例】 ①訪問介護 訪問介護員＋ボランティアがペアで訪問することにより、生活援助の分業が可能 ②通所系サービス・施設系サービス 介護職員1人に代わりボランティア2～3名が配置されることにより、マンパワーが増大し、ケアの質向上が図られる。 【サービスの質の確保及び介護ボランティアの安定供給対策】 ・地域支援事業の活用により、介護ボランティアの安定供給を図る ・介護ボランティアは、一定の介護研修と事業者との契約を義務付ける（介護ボランティアの自由意志に基づくもの） ・事業者には、事故等が発生した場合のための保険加入を義務付ける ・介護ボランティアは生活援助系の介護サービスを中心に担う	C	I	〇介護保険サービスは、質の高い人材により、確実かつ継続して質の高いサービスが提供できることが求められるものである。 〇これらの施設等においては、確実かつ継続してサービスを提供する義務があり、このため、施設等における人員は「従業者」が、使用者（管理者等）の指揮命令下のもとサービスを提供することにより、確実かつ質の高いサービスを提供する体制を確保できるものと考えている。 〇介護保険サービスについては、従業者と異なり、使用者（管理者等）の指揮命令下において、従業者と全く同じ責任や義務を負わせることは困難であり、また、同様の取扱いをすることはできないものと考えられ、従業者を配置した場合と同様の質の高いサービスの提供が担保できないものと考えられることから、施設等の最低限必要な人員として位置づけることは適当ではないと考ええる。	契約の形態によっては、ボランティアであっても、その担当する業務に関し、従業者と同等の責任や義務を継続的に課することは可能ではないか。 また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 さらに、人員基準と介護保険給付との関係、人員基準外又は介護保険給付対象外のボランティアの活用に対する規制の有無及び人員基準には介護労働者の雇用保障的な意味合いがあるのか否かについて、回答されたい。 なお、人員基準の問題は、省令事項と思われるが、如何。	〇1点目について 人材については、一定の介護研修を義務づけることとしており、確実かつ継続してサービスが提供できるよう地域支援事業を活用。 〇2点目について 介護ボランティアは、その自由意志に基づき契約し使用者の指揮命令下におかれる。 〇3点目について 当初提案にに掲げている対策により、質の高いサービス提供を担保している。 昨年度提案に対する回答を受け、サービスにの質からみたメリットが比較的に少ないと考えられる生活援助系のサービスを中心に担うものとして再提案しているが、上記の点で、どの対策が不十分でサービス水準が担保できないと言われるのかご教示いただきたい。	1 0 1 9 0 1 0	愛媛県	愛媛県	厚生労働省	
0920140	「生活習慣病管理料」の算定基準の緩和	平成20年厚生労働省告示第59号「診療報酬の算定方法」	生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。		現在、高血圧症、糖尿病等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合、「生活習慣病管理料」として許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関においてのみ保険点数が算定できる基準を、条件付で緩和し許可病床数が200床以上であっても、生活習慣病管理料を算定できるようにするものである。	本年4月より、40才以上のすべての人を対象に、メタボリックシンドロームの予防・解消に重点をおいた、生活習慣病予防のための新しい健診・保健指導が始まり、加入されている医療保険者が実施主体として多くの医療機関と提携事業を進めています。 その中で、提携医療機関としての条件では許可病床数の基準はありませんが、「生活習慣病管理料」の算定に関しては、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関においてのみ保険点数が算定できるという基準を設けています。双方とも生活習慣病に対する検診、治療の普及が、200床以上の病院は、健診はできるが、要治療と診断され高血圧症、糖尿病等の生活習慣に関する総合的な治療管理が必要となった場合、算定できないというケースも考えられるため、特定健診において提携医療機関の病院に限り、「生活習慣病管理料」の算定を認めて頂きたい。	C	III	質が高く、効率的な医療提供体制を構築する観点から、診療所・病院の役割分担を推進することとしている。生活習慣病等の慢性疾患の外来管理については、診療所等が担うべきとの考え方にに基づき、生活習慣病管理料の算定は診療所又は200床未満の中小病院に設けているところである。このため、200床以上の特定健診における提携医療機関について生活習慣病管理料を算定することは不適当であると考える。		1 0 2 8 0 1 0	福城市	東京都	厚生労働省		
0920150	家事使用人の在留許可申請にかかわる雇用の要件の緩和	出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令	一般にいう外国人の家事使用人については、一定の要件を満たす上で、個人的使用人として、「投資・経営」又は「法律・会計業務」の在留資格をもつて在留する事務所の長等に雇用された外国人が、その事務所の長等の家事に従事する活動として認められることにより、我が国へ入国できることとなっている。		東京の都心部に拠点を置く海外の金融機関に勤務する外国人従業員を対象として、家族の家事・育児を担う家事使用人の在留許可申請に関して、雇用者たる外国人の要件を緩和する。	日本経済活性化の一環として、金融・資本市場の競争力を高めることが重要であり、高度な金融技能を備えた外国人を増やすことが必要であることは、金融庁が昨年12月21日に発表した「金融・資本市場競争力強化プラン」でも謳われているところである。 東京は、金融センターとして、ニューヨークやロンドンのみならずアジアでもシンガポール、香港、上海などと競合しており、当協会に加盟する金融機関の外国人従業員も、これらの都市で働いた経験がありますが、これらの都市と比べると東京は、外国人を受け入れる環境が不十分であり、とりわけ、家族の家事・育児を担う家事使用人が在留資格を取得することが極めて困難という問題が存在します。 現状では、家事使用人の雇用者として適格とされるのは金融機関の外国人最高幹部のみです。このため、高度な金融技能を備えているが、東京での勤務を諦めるを得ないケースもあります。 当協会が、昨年12月に会員会社を対象に実施したアンケートでも、申請が却下された事例が多くみられ、経営幹部であっても事業所の長に準ずるまでとは言えないケースや、76名もの部下を抱えているにもかかわらず却下されたケースもありました。 当協会は、会員会社の多くが、内閣官房の「国際金融拠点機能強化プラン」に記載された2つの区域（「東京駅・有楽町駅周辺地域」および「環状二号线新橋周辺・赤坂・六本木地域」）およびその周辺地域に集中していることから、これらの地域を対象として、家事使用人の在留許可申請に際して、雇用者たる外国人の要件緩和を要望します。 （注）別紙事業内容書あり。	C	III	我が国では、「専門的・技術的分野」の外国人労働者の受入れを基本政策としており、家事使用人（「専門的・技術的分野」には該当しない）の在留許可申請に関して、雇用者たる外国人の要件の緩和を行うことは、上記の外国人労働者受入れに係る基本政策に照らして困難である。	本提案は、「専門的・技術的分野」以外の外国人労働者の受入れに慎重な基本政策に抵触するものではなく、現行でも認められている家事使用人の雇用に際し、その要件の緩和を求めるものである。各種政府決定を踏まえ、政府一体となって推進するものである点及び単純労働者受入れの範囲をむやみに広げるものではないことを考慮し、提案の趣旨の実現に向けて検討されたい。 また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	常協会の提案は、金融庁の「金融・資本市場競争力強化プラン」や内閣官庁の「国際金融拠点機能強化プラン」を成功に導く上で必須の政策課題です。さらに、法務省の「第3次出入国基本計画」でも、「高度人材を始めとした我が国が特に必要とする外国人については、（略）、更に円滑な受入れを図る」と謳われており、常協会の提案は、そうした政策に合致するものであり、認めて頂くよう要望します。なお、同「計画」における、「専門的、技術的分野」に該当するとは評価されていない分野における外国人労働者の受入れへの言及は、人口減少時代への対応と位置付けられており、常協会の提案および提案理由とは異なる論点である旨申し添えます。	1 0 3 6 0 1 0	国際銀行協会	東京都	警察庁 法務省 厚生労働省	
0920160	外国人の家事使用人にかかる在留資格要件の緩和	出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令	一般にいう外国人の家事使用人については、一定の要件を満たす上で、個人的使用人として、「投資・経営」又は「法律・会計業務」の在留資格をもつて在留する事務所の長等に雇用された外国人が、その事務所の長等の家事に従事する活動として認められることにより、我が国へ入国できることとなっている。		外国人家事使用人を雇用する者の資格要件のうち、①「投資・経営」又は「法律・会計業務」の資格をもつて在留する、②事業所の長又はこれに準ずる地位にある者で、③申請の時点において13歳未満の子又は病氣等により日常の家事に従事することができない配偶者を有するもの、の要件を、(1)東京都23区の特定地域（新宿区、港区、品川区、渋谷区、千代田区、墨田区及び中央区の全域）内に所在する事業所等に勤務し又は当該地域内に居住し、(2)金融関連サービス業に従事する外国人については、これを簡便又は代替的手段をもって緩和する。	左記の特定の地域内で勤務又は居住する外国人金融ビジネスパーソン等が雇用する外国人家事使用人については、左記①～③の要件を、簡便又は雇用人に一定の経済的要件を求めるなどの代替的手段をもって緩和する。 (1) 事業の必要性 a. 外国人家事使用人の重要性 b. 雇用者の在留資格の要件（左記①）の不合理性 c. 雇用者の地位の要件（左記②）の不合理性 d. 雇用者の家族構成の要件（左記③）の不合理性 e. 親合用においては左記①～③のような制限はない f. 本提案は出入国基本計画や国際金融拠点機能強化プランを具体化するものである g. 本事業に実質的な効果を持たせるためには左記地域における規制緩和が必要である (2) 事業の許容性 a. 雇用者の限定により費用対効果が高い一方、入管政策に与える影響は軽微である b. 雇用者を金融関連サービス業に従事する者に限ることから、弊害発生の可能性は低い c. 雇用者の在留資格・地位に関する要件は、経済的要件によって代替可能である（詳細は別紙事業内容書のとおり）	C	III	我が国では、「専門的・技術的分野」の外国人労働者の受入れを基本政策としており、家事使用人（「専門的・技術的分野」には該当しない）の在留許可申請に関して、雇用者たる外国人の要件の緩和を行うことは、上記の外国人労働者受入れに係る基本政策に照らして困難である。	本提案は、「専門的・技術的分野」以外の外国人労働者の受入れに慎重な基本政策に抵触するものではなく、現行でも認められている家事使用人の雇用に際し、その要件の緩和を求めるものである。各種政府決定を踏まえ、政府一体となって推進するものである点及び単純労働者受入れの範囲をむやみに広げるものではないことを考慮し、提案の趣旨の実現に向けて検討されたい。 また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	骨太の方針2007において、市場強化プランを政府一体となって推進することが閣議決定されたにも関わらず、法務省、厚生労働省、警察庁の三省庁が実質的な対応の先送りを示唆する回答をしたことは残念である。法務省および警察庁は、外国人労働者の受入れに伴う影響については慎重な検討が必要である旨を述べているが、AOCの提案は特区においても制度利用者には条件をつけるなど、想定されるリスクを軽減するに足るものとなっている。本案件を机上の空論で終わらせるのではなく、合理的なリスクコントロールを可能とする限定範囲において実行に移すことで、その影響を実証的に検証でき、よりよい制度設計へとつなげることができると考える。	1 0 3 7 0 0 1 0	在日米商工会議所	東京都	警察庁 法務省 厚生労働省	
0920170	ALTに係る派遣期間制限の除外	労働者派遣法第40条の2 労働者派遣法施行令第4条	専門的な業務等（26業務）を除いた業務については派遣受入可能期間が設けられている。		「人材都市ぎるぎ」を標榜する岐阜市では、生徒の英語能力を効率的に伸ばすため、現在、市内各中学校に派遣されているALTを今後継続的に活用したい。 しかし、現状では労働者派遣法で派遣期間制限が設けられており、派遣可能期間を超えて派遣受け入れを継続する場合には、告示より3ヶ月間超のクーリング期間を設ける必要があり、その間、ALTの派遣受け入れを停止しなければならない。 よって、ALT業務が派遣期間制限から除外されるよう、労働者派遣法施行令第4条に定める業務にALT業務を位置づけていただきたい。	ALTの派遣期間制限の除外によるネイティブ・スピーカーの継続活用により、文部科学省が推進する『「英語が使える日本人」育成のための戦略構想』で示す「中学校の英語の授業に週1回以上ALTが参加すること」が可能となる。 前回提案時の回答には、「①業務の専門性や必要雇用数に及ぼす影響について具体的に検討できない」とあったが、当市のALT業務は、下記のとおり、26業務に含めることが適切と考えられる。 ①について、当市のALTは、全員が『人文科学・国際業務』の在留資格を有していることから専門性を満たすと考えている。 具体的には、法務省において、要件として、通常三年以上の経歴年数を求めているが、例外として、「大学を卒業した者が翻訳、通訳又は語学の指導に係る業務に従事する場合は、経歴年数を求められていない。 これは、すなわち在留資格「人文科学・国際業務」を持ち、語学の指導に係るALTについては、翻訳、通訳に係る業務と同等の専門的能力を持っていることが認められることになる。 また、26業務の1つ「通訳、翻訳等業務」とALT業務とは、英語を母語とする者が文章等をチェックし文法上等の誤りや一部の業務について、共通点があり、同様の専門的能力に基づく業務であると考えられる。 ②については、ALTは、そもそも全員が日本人であり、数年後には母国へ戻り、人が替わることや、入国手続きや在留管理等の専門的ノウハウの必要性から、現実的な対応は、官よりノウハウを持つ民が行う方が、一定水準以上の効果を保て、指導助手という本来の業務へ専念できると考える。 また、ALT業務に、長期間継続した雇用雇用労働者は、殆ど存在せず、雇用慣行を損なわない。	C	II	労働者派遣法施行令第4条に掲げる業務は、公労使の意見も経て、「専門的な知識、技術等又は経験が必要とする業務」または「特別な雇用管理を行う必要があると認められる業務」であって、「当該業務に係る労働者派遣が労働者の職業生活の全期間に渡るその能力の有効な発揮及びその雇用の安定に資すると認められる雇用慣行を損なわないと認められるものであること」を要していること。 御提案のALT業務については、他の業務に比して特段に、専門性や雇用管理の特殊性があるとする客観的根拠が示されていないほか、JETプログラムにおける直接雇用のALT配置数の推移によれば、常用雇用労働者の派遣労働者への代替が少ないとは言えない。 また、『「英語が使える日本人」の育成のための戦略構想』においても具体的な施策として「外国人（ネイティブ）の正規の教員への採用」を掲げているほか、2008年8月時点におけるJETプログラムにおける直接雇用のALT配置数も約8,000人いる状況において、直接に雇用することができないとする理由はないものと考えざるを得ない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	ALT業務の専門性・雇用管理の特殊性については、述べたとおりだが、最近策定された『教育振興基本計画』（平成20年7月1日）において、「ALT等の外部人材の積極的な活用を支援する」としていることから、外部人材の積極的な活用支援の一環として、派遣期間制限を除外したALT派遣について、再度検討いただきたい。 なお、JETプログラム等による直接雇用は、長期休暇を取得した人への補充が難しく、ALTとの同一工数確保が1ヶ月中新たなことや、国のJETプログラム基本問題検討会にて、JETプログラムの問題を検討したことを踏まえ、ALT配置数減少の原因を派遣によるものと位置づけるのは、不適切と考える。	1 0 3 8 1 0	岐阜市	岐阜県	厚生労働省	

09 厚生労働省 非予算(特区・地域再生 再検討要請).xls

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提 案・関連 提案に係 る規制の 特例措置 の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置 の分 類	措置 の 内 容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロ ジェク ト名	提案事 項管理 番号	提案主体 名	都道府県	制度の所 管・関係官 庁
0920180	障害児・者福祉事業の「日中一時支援事業」の第二種社会福祉事業化	社会福祉法第2条第3項第4号の2 障害者自立支援法第77条第3項 医療法第42条第7号	日中一時支援事業は社会福祉法第2条第3項に規定される第二種社会福祉事業には該当しない。		障害者自立支援法第77条第3項に規定される事業としての日中一時支援事業を社会福祉法第2条第3項第4号の2に規定する事業として第二種社会福祉事業に位置づけることにより、医療法第42条第7号の規定により医療機関が実施できるよう規制を緩和すべきである。	重症心身障害児・者に対する日中一時支援事業は、医療設備・スタッフの整った医療機関での利用を希望される。 しかし、障害者自立支援法施行以前は、短期入所事業の宿泊を伴わない事業として医療機関で行え、実績があったが、障害者自立支援法の施行により、地域生活支援事業のその他事業として整理された（詳細は「その他（特記事項）」欄添付資料①に記載）ことにより、日中一時支援事業は医療機関で実施できなくなってしまう。 また、障害児を預かる機能として、障害者自立支援法第5条第8項に規定される短期入所事業、児童福祉法第6条の2第2項に規定される放課後児童健全育成事業があるが、これらは第二種社会福祉事業に位置づけられている。 よって、医療機関でも実施できるよう日中一時支援事業を第二種社会福祉事業に位置付けていただきたい。 併せて、医療機関からも日中一時支援事業を行えるようにならないかとの要望が当方に寄せられていることから早急に検討していただきたい。	C	I	○日中一時支援事業は、障害者自立支援法制定にあたっては、障害者等の日中における活動の場を確保するため、各自治体が地域の実情や利用者の状況に応じて柔軟な形態による事業を効果的かつ効果的に実施することができるよう、障害福祉サービス事業ではなく地域生活支援事業として位置づけたところ。 ○障害者等の日中における活動の場を確保するという日中一時支援事業の性質をかんがみると、社会福祉事業としての規制をかけることによりサービスの質を確保すること等よりも、社会福祉事業としての規制をかけた地域で柔軟に実施できる事業とすることが法の趣旨になじむものであると考えられているため、第二種社会福祉事業に位置づけることは困難である。 ○なお、日中一時支援を含めた障害児等の日中における活動の場の確保については、障害者自立支援法附則に規定されている施行後3年の見直しの際に併せて検討することとしたい。	「日中一時支援事業は地域の実情や利用者の状況に応じて柔軟な形態による事業を効果的かつ効果的に実施することができよう」社会福祉事業としての規制をかけないとのご回答であるが、支援費制度時代は、第二種社会福祉事業の短期入所事業の日帰り部分として、医療機関により提供できていたことができなかった状況の下で、効果的かつ効果的に事業を実施するのは困難である。 また、「障害者自立支援法附則に規定されている施行後3年の見直しの際に併せて検討する」とのご回答であるが、具体的な検討の場及び検討スケジュールを明確にした上で、日中一時支援事業を医療機関で提供することが可能となるのか伺いたい。		1 0 3 8 0 2 0	岐阜市	岐阜県	厚生労働省	
0920190	医学部入学生要件の緩和	「医師の需給に関する検討金報告書」（平成18年7月28日）医師の需給に関する検討会	医師不足が特に深刻と認められる10県において、平成20年度から最大10年に限り10名を限度として医師養成数の増を認める。 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進のため、全都道府県を対象に各都道府県5名の医師養成数の増を認める。		「医師の需給に関する検討金報告書」（平成18年7月28日）の内容を踏まえ、人口に比して国公立大学医学部等の定員が少ない県に対して、定員の暫定的な調整を容認し、現定員とは別枠の定員を認める。	(実施内容) 県が養成するへき地医療従事者を義務づける医師については、現定員とは別枠の定員とすることにより、へき地における医師不足の解消を目指す。 具体的には、国公立大学医学部等において、大学が入学を許可した者に対し、県内のへき地における医療従事者を前倒しした修学資金の貸与を行い、大学卒業後、県の指定する医療機関で一定期間勤務すれば修学資金返還を免除することとし、その対象者については、大学の現定員を増やすことにより対応する。 なお、本県の2次保健医療圏では、北播磨、西播磨、但馬、丹波、淡路地域が当該基準を満たすことになり、増員した医師は当該地域の医療機関へ派遣する。 (提案理由) 平成16年の人口100万人当たりの医学部定員は全国平均59.7人に対して本県は35.8人（全国41位）と非常に低位にあり、本県のように県域が広く、都市部とへき地が混在している県においては、現行の国の基準では大学の定員増は認められず、本県における医師不足を解消することができないため。	D	—	平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増員を容認したところである。 また、「[経済財政改革の基本方針2008]（平成20年6月27日閣議決定）」において、大学医学部定員について「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する。」とされたところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師数としては概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることで、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	○既に本県では医療対策協議会の積極的活用や、一定期間地域の医療機関で医療に従事することを条件とする奨学金を活用した入学制度等の対策を講じ、県内における医師の偏在の解消に努めているところである。 ○「医師の需給に関する検討金報告書」（平成18年7月28日）では、「人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、一定員の暫定的な調整を検討する必要がある」とされているところであり、その内容を反映した形で提案の実現を図っていただきたい。		1 0 4 6 0 1 0	兵庫県	兵庫県	文部科学省 厚生労働省
0920200	医学部入学生要件の緩和	「医師の需給に関する検討金報告書」（平成18年7月28日）医師の需給に関する検討会	医師不足が特に深刻と認められる10県において、平成20年度から最大10年に限り10名を限度として医師養成数の増を認める。 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進のため、全都道府県を対象に各都道府県5名の医師養成数の増を認める。		新医師確保総合対策での大学医学部定員増の達成の推進のため、全都道府県を対象に各都道府県5名の医師養成数の増を認める。	(実施内容) 県が養成するへき地医療従事者を義務づける医師については、現定員とは別枠の定員とすることにより、へき地における医師不足の解消を目指す。 具体的には、国公立大学医学部等において、大学が入学を許可した者に対し、県内のへき地における医療従事者を前倒しした修学資金の貸与を行い、大学卒業後、県の指定する医療機関で一定期間勤務すれば修学資金返還を免除することとし、その対象者については、大学の現定員を増やすことにより対応する。 なお、本県の2次保健医療圏では、北播磨、西播磨、但馬、丹波、淡路地域が当該基準を満たすことになり、増員した医師は当該地域の医療機関へ派遣する。 (提案理由) 本県のように県域が広く、都市部とへき地が混在している県においては、現行の国の基準では大学の定員増は認められず、本県における医師不足を解消することができないため。	D	—	平成19年5月末に政府・与党においてとりまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成を推進するため、奨学金の設定や地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を条件として、全都道府県を対象に医師養成数の増員を容認したところである。 また、「[経済財政改革の基本方針2008]（平成20年6月27日閣議決定）」において、大学医学部定員について「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する。」とされたところである。 なお、兵庫県のように、人口10万対医師数としては概ね全国平均と同程度であっても、県内において医師の偏在がみられるような場合には、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的活用や、大学医学部における地域枠の設定・拡大、奨学金の活用等を組み合わせることで、県内における医師の偏在の解消等に努めていただきたい。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	○既に本県では医療対策協議会の積極的活用や、一定期間地域の医療機関で医療に従事することを条件とする奨学金を活用した入学制度等の対策を講じ、県内における医師の偏在の解消に努めているところである。 ○「医師の需給に関する検討金報告書」（平成18年7月28日）では、「人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、一定員の暫定的な調整を検討する必要がある」とされているところであり、その内容を反映した形で提案の実現を図っていただきたい。		1 0 4 6 0 2 0	兵庫県	兵庫県	文部科学省 厚生労働省
0920210	保育所入所要件の徹底	児童福祉法第24条第1項、第3号 児童福祉法施行令第27条	保育所は日々保護者の委託を受けて、保育に欠ける乳幼児を保育する施設である。		特別の事情（特種児童がない地域、地域の保育所が「認定こども園」の認定を受けることが困難等）のある地域において、保護者の就労の有無等に関係なく、保育所へ入所することが可能となるよう、保育所入所要件（保育の実施基準）を厳格化する、または一定の割合まで、保育に欠けない児童の対象としないこと、その普及にも限界があると考えられる。 このため、全ての就学前児童が保育所を利用できるよう入所要件（保育の実施基準）の徹底を行う必要がある。	保育所への入所要件は、保護者が就労、疾病等で十分な保育が受けられない0歳から小学校入学前の乳幼児ということになっている。 一方、核家族化や地域のコミュニケーションの希薄化などにより、近年は、専業主婦家庭における育児不安や悩み等が増大しており、児童虐待などにつながる恐れがあるなどの保育を必要とする乳幼児は、現行の制度では対応できない状況である。 また、非正規雇用者の増加やリストラ等による離職も多く見られる現在、親の就労状況の変化により、保育所に通えないことにより、児童の健全な幼児教育・保育環境が確保できなくなる。また、保育に欠けない児童は、認可保育所・認可幼稚園以外の部分の、国制度の助成の対象とならないことから、その普及にも限界があると考えられる。 このため、全ての就学前児童が保育所を利用できるよう入所要件（保育の実施基準）の徹底を行う必要がある。	C	I	「保育に欠ける」要件を見直すことについては、対象者の大幅な増大が予想され、それに見合う財源の確保が必要不可欠であることから慎重な検討が必要である。 現実には保育サービスの量的拡大が図られ、保育の受け皿が用意されなければ、すべての対象者にサービスが行き渡らず、保育の必要性の高い児童が保育サービスを利用できなくなるなど、大きな混乱が生じるおそれもある。 現行の保育所制度は、終日保育を行うことを前提とした施設であるが、それ以外の特別なニーズ（例えば、用事がある時に一時的に子どもを預かってほしいなど）に対しては、一時保育や特定保育などの各種の保育サービス（欠を展開し、きめ細かく対応しているところ。必ずしもすべての保育ニーズを保育所の通常保育の枠で対応する必要はないのではないかと考えており、サービスを利用する子どもも保護者も、そのような形が望ましい。現在実施している各種の保育サービスの実施状況等も踏まえて考える必要がある。 いずれにせよ、福祉施設としての性格から手厚い公費を投入している保育所について、仮に「保育に欠ける」要件を見直し、保育を必要とする者がだれでも利用できる施設にするならば、制度のそのものの性格、公費負担の在り方、就労と育児の両立の観点からの根本的な制度設計の議論が必要な課題であると考える。	「地方分権改革推進委員会第1次勧告」（平成20年5月28日）において、「保育所について、『保育に欠ける』入所要件の見直し、直接契約方式の採用等について総合的な検討に着手し、平成20年中に結論を得る。」とあり、「地方分権改革推進要綱（第1次）」（平成20年6月20日）地方分権改革推進本部決定）及び「規制改革推進のための3カ年計画（改定）」（平成20年3月25日閣議決定）でも同様の旨が決定されている。また、平成20年4月23日の経済財政諮問会議において、議長から「保育サービスに係る規制改革については、利用者の立場に立つて、年内に結論を出してほしい」との指摘がなされている。以上を踏まえ、「保育に欠ける」要件の見直しについて、保育サービス等の子育てを支える社会的基盤の整備の一環として検討できないか、また右の提案者からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	①専業主婦家庭における育児不安等が増大しており、児童虐待などにつながる恐れもあるため、「保育に欠けない」乳幼児であっても、保育を必要とする事例は増大しているものと考え ②「保育に欠ける子・欠けない子」すべてを受け入れることができる認定こども園については、全国で229施設となっており、施設の飛躍的な増加には至っていない。 ③このような状況下において、保育所制度のそのものの性格、公費負担の在り方等の保育制度についての議論の中で、「保育に欠けない」児童を一定の割合で受け入れる必要と要件の緩和は必要であり、再度、検討をお願いしたい。		1 0 4 6 0 3 0	兵庫県	兵庫県	厚生労働省
0920220	病児・病後児保育の利便促進（実施場所の要件緩和）	「保育対策等促進事業の実施について」（H20.6.09鹿児島県第06090001号）厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知	（病児・病後児保育事業一体調不良児対応型） 当該事業を実施する保育所		病児・病後児保育に係る国の各施策について、地域の実情に応じて取り組めるよう、実施場所の要件を緩和する。	(実施内容) 病児・病後児保育に係る国の各施策（病児・病後児保育事業（体調不良児対応型）、緊急サポートネットワーク事業）については、実施場所がそれぞれ会員の自宅や保育所に限定されているが、利用者の利便性を図るとともに、保育所や地域子育て支援拠点施設など、地域の実情に応じた施設で実施できるよう、実施場所の要件を緩和する。 (理由) 緊急サポートネットワーク事業については、会員の自宅で見守ることを看護師・保健士双方が迅速に利用が図れない。 緊急サポートネットワーク事業、病児・病後児保育事業（体調不良児対応型）は異なる制度であるため、一体的な実施が困難である。	C	—	○病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）は、専門性の高い看護師を常時保育所に配置することで、自園における体調不良児への対応のほか、入所児童全員の健康管理や感染症予防等を実施することとしているので、実施場所の要件緩和は困難である。 ○緊急サポートネットワーク事業は、育児中の労働者と保育士、看護師及び育児経験者等を会員として、会員個人の相互援助活動として自宅で看護師の預かり等を実施するものであることから、自宅以外での実施は緊急サポートネットワーク事業として認めることは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、病児・病後児保育事業は予算事業か。規制の法的根拠を明らかにされたい。	①病児・病後児保育事業では、専門性の高い看護師を常時配置しなければならないため、体調不良児の発生件数が少ない小規模園では、人員費の負担が重く、実施は困難である。 ②平成20年度に病児・病後児保育事業は統合されたが、緊急サポートネットワーク事業は、依然、事業の枠組みが国のままの施設で実施場所が会員の自宅に限定されているため、制度利用が進んでおらず、緊急サポートネットワーク事業実施主体からしても、保育所等での事業実施を望む声が高い。 ③このため、緊急サポートネットワーク事業の利用促進を図るためにも、自宅だけでなく保育所などでの事業実施に向けた要件緩和が必要であり、再度、検討をお願いしたい。		1 0 4 6 0 5 0	兵庫県	兵庫県	厚生労働省
0920230	病児・病後児保育の利便促進（職員配置の要件緩和）	「保育対策等促進事業の実施について」（H20.6.09鹿児島県第06090001号）厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知	（病児・病後児保育事業一体調不良児対応型） 体調不良児の看護を担当する看護師等を1名以上配置することとしている。		病児・病後児保育に係る国の各施策について、地域の実情に応じて取り組めるよう、職員配置基準の要件を緩和する。	(実施内容) 人材活用の観点から、事業の実施にあたっては、緊急サポートネットワーク事業の登録看護師や医療機関の看護師が病児・病後児保育事業（体調不良児対応型）に派遣できるよう、柔軟な対応を可能とする。 また、オープン型は補助金、緊急サポートネットワーク事業は国からの団体委託事業となれ、看護師の有効活用などの連携が図れない制度となっていることから、各事業が連携して効果的に実施できる体制とする。 (理由) ・病児・病後児保育事業（体調不良児対応型）については、看護師の配置が要件となっているが、利用者が一定せず、利用者がいない場合でも配置が必要となるため、効果的な運営が難しい。 ・緊急サポートネットワーク事業、病児・病後児保育事業（体調不良児対応型）は異なる制度であるため、一体的な実施が困難である。	C	IV	病児・病後児保育事業（体調不良児対応型：旧自園型）は、専門性の高い看護師を常時保育所に配置することで、自園における体調不良児への対応のほか、入所児童全員の健康管理や感染症予防、子育て家庭等に対する健康管理等についての相談支援を実施することとしており、看護師等は保育所に常駐している必要があることから、職員配置の要件緩和は困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。 また、病児・病後児保育事業は予算事業か。規制の法的根拠を明らかにされたい。	①病児・病後児保育事業では、専門性の高い看護師を常時配置しなければならないため、体調不良児の発生件数が少ない小規模園では、人員費の負担が重く、実施は困難である。 ②一方、通園中の児童について、体調不良と確認されてから看護師等の職員を派遣しても、児童の安全、及び保育士の負担軽減は十分に図られるものと考えられる。 ③このため、人の配置要件を緩和し、看護の必要な体調不良児が発生したときのみ、緊急サポートネットワーク事業の登録看護師の派遣などを可能とすることで、病児・病後児保育事業の実施の拡大が図られ、より多くの児童、保護者が利用できるため、要件緩和の再考をお願いしたい。		1 0 4 6 0 5 0	兵庫県	兵庫県	厚生労働省
0920240	「投資・経営」、「技術」、「人文知識・国際業務」の在留資格を有する外国人の親への長期在留資格の付与	出入国管理及び難民認定法第2条第2号 例示	出入国管理及び難民認定法表第一の一から五の表の上欄の在留資格（外交、公用、短期滞在、家族滞在をのぞき、特定活動にあつては、イ又はロに該当するものに限る。）をもって在留する者の扶養を受ける配偶者又は子どもと日常的な活動を行うものについては、在留資格を「家族滞在」又は「特定活動」をもって在留を許可している。		資本金1億円以上の成長事業を展開する本社設け外資系企業について、在留資格「投資・経営」「技術」「人文知識・国際業務」を有する外国人企業関係者が、親の帰国で入国が困難になったり、在留できないことがないよう、親の活動を「特定活動」に加えることを求めるもの。	兵庫・神戸は、開港以来、国際都市として発展してきた歴史を有し、外国・外資系企業の経済活動が活発で、世界的な外資系企業が本社を設置している。これら大企業は地域経済に大きく寄与するなか、とりわけ、成長事業を展開する企業活動は、今後の地域経済の発展において極めて重要である。 これら成長事業を展開する大企業の外国人経営者や社員は当地域において必要不可欠な人材である。高度人材の親の在留が認められたことを踏まえ、当地域にとって同程度に重要な人材である外国人企業関係者が、親の問題で入国が困難になったり、在留できないことがないよう、親の活動を「特定活動」に加えることを求めるもの。	C	III	本要望は、実質的に在留資格「家族滞在」の範囲拡大を求めるものであるところ、現行の「家族滞在」は、人道の観点から家族としての結びつきを尊重し、在留資格を有する者の配偶者又は子に範囲を限定して国内の滞在を認めているものである。現在、「特定活動」で在留が認められている父母は、特に高度な研究者・情報処理技術者について特例的に認められるものであって、これ以上「家族滞在」の範囲を拡大して受入れを行うことはできない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	特に高度な研究者・情報処理技術者の親の在留が認められたところであるが、これら高度人材と同程度の高度な知識・経験を有する外国人企業関係者は、当地域の経済発展にとって不可欠な人材である。政府の「規制改革推進のための3カ年計画」を踏まえた「外国人の在留管理のあり方」の検討の一環として、ご検討をお願いしたい。		1 0 4 6 0 6 0	兵庫県	兵庫県	警察庁 法務省 厚生労働省

09 厚生労働省 非予算(特区・地域再生 再検討要請).xls

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提 案・関連 提案に係 る規制の 特例措置 の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置 の分 類	措置 の 内 容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロ ジェク ト名	提案事 項管理 番号	提案主体 名	都道府県	制度の所 管・関係官 庁
0902050	「企業内転 動」の転勤前 関連業務従事 要件の緩和	出入国管理及び 難民認定法第7 条第1項第2号 の基準を定める 省令	転勤の直前に外国にある本店、支店そ のほかの事業所において1年以上継続 して法別表第一の二の表の技術の項又は 人文知識・国際業務の項の下欄に掲 げる業務に掲げる業務に従事している ことが必要。		成長産業分野の外国・外資系企業につい て、在留資格「企業内転動」にて要求され る関連業務経歴期間を「1年以上」から 「6ヶ月以上」に緩和する。	兵庫・神戸は、開港以来、国際都市として発展してきた歴史を有し、外国・外資系企業の経済活動が活発で、地域経済を支える大きな柱となっている。このような中、とりわけ、成長産業分野における海外からの新たなビジネス手法やマネジメントシステムの導入の一層の促進は、今後の地域経済の活性化・発展において極めて重要である。上記に鑑み、兵庫県では、産業の集積による経済及び雇用の活性化に関する条例（産業集積条例）を制定するなど、成長産業分野の外国・外資系企業の立地・集積の促進を図っているが、同時にこれら企業の立地・定着においては、時期を失うことがない適切な人材の確保と配置が重要である。このことから、成長産業分野の外国・外資系企業に対して、兵庫・神戸で勤務させることを前提に海外で雇用した従業員のうち、雇用前の別会社における「技術」「人文知識・国際業務（うち人文知識）」分野で3年以上の実務経歴を有する者に限り、転動前の従事期間を「1年以上」から「6ヶ月以上」に緩和することを求めるものである。	C	Ⅲ	在留資格「企業内転動」は、外国で活躍している職員を、一定期間の「転動」として、「技術」又は「人文知識・国際業務」の在留資格とは異なる簡易な要件の下に受け入れるものであることから、「技術」等の在留資格において規定している実務経歴年数等の要件を課していないものであり、活動に従事した期間を短縮する等のこれ以上の要件の緩和は困難である。 なお、現在も、在留資格「技術」又は「人文知識・国際業務」に係る要件を満たす場合には、外国での実務従事経歴がなくとも、入国が可能である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し 回答されたい。	本提案では、要件緩和するにあたり、雇用前の別会社の「技術」及び「人文知識・国際業務（うち人文知識）」分野での「3年以上」の実務経歴年数に加え、雇用される企業が本県の産業集積条例に基づく成長産業分野に該当することを要件として課している。これにより、本県が提案するこの要件は、現行の要件に比して条件を単純に緩和するものではなく、さらに一定の条件を加え、地域経済の活性化を図る目的を明確化したものであると認識している。 また、ビジネス情勢変化に応じ好機を逃さないよう迅速に事業を展開する必要があるなか、本国からの優秀かつ適切な人材の早期確保が可能となれば、対日投資の促進及び地域経済の活性化を図ることができる。	1 0 4 6 7 0 0	兵庫県	兵庫県	法務省 厚生労働省	
0902060	外国人に関する 年金制度の見直し	社会保障に関する 日本国とドイツ 連邦共和国との 間の協定等、 厚生年金保険法 附則第29条、 国民年金法附則 第9条の3の2	<社会保障協定の締結等の状況> 社会保障協定については、ドイツ、イギリス、韓国、アメリカ、ベルギー、フランス及びカナダとの間で有効済み、オーストラリア、オランダ及びチェコとの間で署名済みである。また、現在、スペイン及びイタリアとの間で政府間交渉中であり、アイルランド、ハンガリー、スウェーデン及びイスイスとの間では当局間協議を行っているところ。さらに、ルクセンブルクとの間では、2008年1月に両国実務者間で社会保障制度に関する情報交換を行ったところである。 <脱退一時金制度の現状> 我が国の年金制度は、国籍に関わらず等しく適用されており、年金制度の保障の対象となっている。日本に短期滞在する外国人の方について保険料納付が老齢給付に結びつかないという問題は、社会保障協定の締結により解決すべき問題ではあるが、このような解決が図られるまでの間の場分の臨時的かつ暫定的な特例措置として、短期滞在の外国人の方に対し脱退一時金を給付している。		外国入研究者等の年金加入期間が通算されるよう、日本と母国との間の社会保障協定締結国を拡大するとともに、未締結国の外国人入研究者が受給資格期間を満たさずに帰国する場合の脱退一時金について、在留期間5年の納付期間に対応した支給を行う。 提案理由 社会保障協定により年金の二重加入等の問題の解決が図られてきているが、未だ協定未締結の国があり、それらの国から実際に研究者を受け入れている（ロシア、ポーランド等）ことから、受け入れた外国人研究者の年金について、取扱いの格差をなくするため、早急に当該協定の締結をお願いしたい。 また、外国人研究者に対しては、受給資格を満たさない場合に脱退一時金の請求が可能であるが、保険料納付期間が3年までの場合にはその期間にあわせて段階的に脱退一時金が支給されるものの、3年以上では一定額しか支給されない。脱退一時金は納付した保険料の一部を払い戻す趣旨であり、保険料を多く納めた人にはそれに見合う額を返還する必要があると考えられるため、在留期間の上限の5年に合わせ、年金保険の脱退一時金についても5年までの納付期間に対応した支払いを可能としていただきたい。	世界最大の大形放射光施設Spring-8を擁し、先端分野に関わる放射光研究が展開されている播磨科学公園都市の特性を活かし、これまで外国人研究者の受入れ促進を図ってきた。 外国人研究者の配偶者についても社会活動への積極的な参加を可能とすることで、家族での滞在がしやすくなり、より魅力的な研究環境の提供が可能となる。これにより、優秀な人材の集積を促し、研究開発成果の実用化や新産業創出による地域全体の経済活性化を目指す。 社会保険協定により年金の二重加入等の問題の解決が図られてきているが、未だ協定未締結の国があり、それらの国から実際に研究者を受け入れている（ロシア、ポーランド等）ことから、受け入れた外国人研究者の年金について、取扱いの格差をなくするため、早急に当該協定の締結をお願いしたい。 また、外国人研究者に対しては、受給資格を満たさない場合に脱退一時金の請求が可能であるが、保険料納付期間が3年までの場合にはその期間にあわせて段階的に脱退一時金が支給されるものの、3年以上では一定額しか支給されない。脱退一時金は納付した保険料の一部を払い戻す趣旨であり、保険料を多く納めた人にはそれに見合う額を返還する必要があると考えられるため、在留期間の上限の5年に合わせ、年金保険の脱退一時金についても5年までの納付期間に対応した支払いを可能としていただきたい。	C	I	<社会保障協定締結の推進について> 社会保障協定締結に向けた取組については、今後とも、相手国の社会保障制度における社会保険料の負担の規模、在留邦人や退出日系企業等の状況、経済界からの具体的な要望の多寡、二国間関係、我が国と相手国の社会保障制度の違いなどを総合的に考慮しつつ、一層推進していくこととしている。 なお、ご指摘のあったロシア、ポーランドとは、現時点において、社会保障協定の締結に向けた具体的な予定はないものの、これらの国との交渉についても上記に照らし判断すべきものと考えている。 <脱退一時金制度について> 我が国の年金制度は、内外人平等、すなわち国籍にかかわらず等しく適用され、保険事故が起きた場合には必要な保障を行っているところであり、短期滞在の外国人の方についても、制度に加入している間に障害又は死亡といった保険事故が発生した場合には障害給付又は遺族給付が支払われることとなる。 一方、こうした方の保険料納付が老齢給付に結びつかないという問題は、社会保障協定の締結により解決すべき問題ではあるが、特に開発途上国などは、母国の年金制度が未成熟であるなどの理由で、協定による解決に時間がかかる場合があるのも事実であり、こうした実態を踏まえ、脱退一時金という特例的な制度を暫定的に設けているところである。 そもそも、我が国の年金制度は、社会連帯と相互扶助の理念に基づき、被保険者の要件に該当する限りは個人の事情に関わりなく強制的に被保険者とし、納付された保険料を財源として、保険事故の際に給付を行う社会保障制度であって、制度からの適当な給付を給付事由とすることは極めて例外的な取扱いである。脱退一時金の支給額についてもこうした取扱いであることを踏まえて設定しているものである。 脱退一時金の対象期間の延長は、このような制度創設時の趣旨・目的や特例的な制度としての法上の位置付けと整合しないことから、厚生労働省としては、このような法改正は考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し 回答されたい。	脱退一時金の対象期間の上限の延長が、制度創設時の趣旨・目的や特例的な制度としての法上の位置付けと整合しないとのご意見であるが、これまで3年としていた脱退一時金の対象期間を5年に延長したとしても、本人が納付した保険料の一部を払い戻すという趣旨や、特例的で暫定的という性質に影響するものではないと考える。	1 0 4 7 1 0 0	兵庫県、 たつの市、上郡町、佐用町	兵庫県	外務省 厚生労働省	
0902070	在留資格「人 文知識・国際 業務」の実務 経歴年数の撤 廃	出入国管理及び 難民認定法第7 条第1項第2号 の基準を定める 省令	申請人が外国の文化に基礎を有する思想又は感受性を必要とする業務に従事しようとする場合は、次のいずれにも該当していることが必要。 ①翻訳、通訳、語学の指導、広報、宣伝又は海外取引業務、後援者しくは室内装飾に係るデザイン、商品開発その他これらに類似する業務に従事すること ②従事しようとする業務に関連する業務について3年以上の実務経歴を有すること（ただし、大学を卒業した者が翻訳、通訳又は語学の指導に係る業務に従事する場合は、この限りではない。）		「特定家族滞在活動」で在留している外国人研究者の配偶者について、母国語を活用して就労するために「人文知識・国際業務」（うち国際業務）へ在留資格の変更を行う場合に要求される実務経歴年数（3年以上）の撤廃を求める。	世界最大の大形放射光施設Spring-8を擁し、先端分野に関わる放射光研究が展開されている播磨科学公園都市の特性を活かし、これまで外国人研究者の受入れ促進を図ってきた。 外国人研究者の配偶者についても社会活動への積極的な参加を可能とすることで、家族での滞在がしやすくなり、より魅力的な研究環境の提供が可能となる。これにより、優秀な人材の集積を促し、研究開発成果の実用化や新産業創出による地域全体の経済活性化を目指す。 播磨科学公園都市では外国人研究者が特例措置を活用し、長期（最大5年間）で研究プロジェクト等へ参加している。多くの外国人研究者は家族での滞在を望んでいるが、長期滞在のため家族も積極的な社会活動への参加を希望しており、日本の生活における障害となっている。「資格外活動許可」を得ることによって一定の活動は可能となるが、週28時間以内という制約があるため、フルタイムでの活動がままならず不十分である。 そこで、「特定家族滞在活動」の資格を持つ外国人研究者の配偶者が母国語を活用して外国語学校等で就労するため、「人文知識・国際業務」（うち国際業務）に在留資格を変更する場合に要求される実務経歴年数要件を撤廃することで、積極的な社会活動への参加を可能とし、外国人研究者の受入れ環境の向上を図りたい。（国において、国家資格等の相互認証など、現状の学歴・実務経歴要件と同等レベルであることの客観的な評価体制を整備しに取り組むよう求める。）	C	Ⅲ	我が国に受け入れるべき外国人労働者の範囲は、出入国管理および難民認定法上「我が国の産業及び国民生活に与える影響」を勘案して決定するものであり、実務経歴年数要件の廃止・緩和を行うことは、その程度にかかわらず、単純労働者の受入れにつながるとあることから、政府としての外国人労働者受入れに係る措置を行うことは困難である。 なお、現在も、在留資格「技術」又は「人文知識・国際業務」に在留資格等が客観的に確認できる国家資格等の評価基準があると承知していないところである。	本提案は、「専門的・技術的分野」以外の外国人労働者の受入れに慎重な基本政策に抵触するものではなく、すでに本邦での滞在が認められている外国人研究者の配偶者の中の有為な人材の活用を図るものであり、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	外国人研究者が家族滞在しやすい魅力的な環境を整えることで、優秀な人材を確保し新産業創出につながる研究を促進して地域経済を活性化させることを目指しており、その一環として研究者の配偶者が社会参加できる道を開くことが重要と考えている。 資格外活動の許可を得ることで可能となる活動は、週に28時間以内と定められており不十分であり、右の提案主体からの活動時間の見直し、又は日本文化にはない思考・感受性に基づく一定水準以上の専門的能力を持った人材が母国語を活用して就労できるように新たな基準作りをお願いしたい。	1 0 4 7 3 0 0	兵庫県、 たつの市、上郡町、佐用町	兵庫県	法務省 厚生労働省	
0902080	官公庁へのオンライン申請 の代理人の範囲の拡充	社会保険労務士法第27条	社会保険労務士または社会保険労務士法人でない者が、営利を目的として、法第2条第1号から第2号までに掲げる事務（①申請書の作成、②提出代行、③事務代理、④紛争解決手続代理業務、⑤帳簿書類の作成）を業として行っていないこととしている。		政府・地方自治等に対してオンラインを利用して代理人により手続きする場合には、管轄官公庁の各手続き毎に特定の有資格者のみに限定されているが、この有資格者の範囲を拡大し、電子政府の推進を図る。	官公庁に対する手続きについては、かなりの分野においてオンラインによる申請が可能となっているが、どの分野においてもその普及率は低いと言わざるを得ない状況となっている。 これは、オンライン申請はパソコンに慣れない者にとっては、非常に面倒であるというのが一因であると考えられますが、これを補完するのが、行政書士等の専門職ですが、各士業法により、そのできる範囲は限定されております。 例えば、許認可関係・会社定款であれば行政書士、登記関係は司法書士、税務関係は税理士、社会保険関係は社会保険労務士、というように行政庁と士業が正しく縦割りの関係で繋がっており、電子申請も各々その限られた士業が扱っております。 このような、固定された手続き者の制度が電子政府の進展を阻んでいると考えられますので、ここに挙げた4士業においては、相互に自由に代理人として手続きが行えるようにし、各手続きにおける電子申請の担い手を大幅に増やすことが電子申請の利用率を高め、官公庁の事務処理の効率化に資すると考えますので、所要の法改正を要望します。 また、このような縦割り士業は一般市民からみたとときには、誰に何を頼んだら良いのかわかり難く、また、各手続き毎に依頼先を捜さなければならず、一般市民にとっても大変不便なものであり、官公庁と市民との距離を広げてしまう要因ともなっているものと思料いたします。	C	I	労働社会保険諸法令に係る申請、届出等の手続きは多岐にわたり、その申告漏れや誤った申請等は、国民の権利義務に重大な影響を及ぼすことから、社会保険労務士法第27条において、社会保険労務士または社会保険労務士法人でないものは、他人の求めに応じ報酬を得て、第2条第1項第1号から第2号までに掲げる業務を業として行ってはならないこととされており、仮にオンラインによる申請の場合であったとしても、4士業相互に自由に代理人として手続きが行えるようにし、労働社会保険諸法令に係る専門知識を十分に有しない者がこれを行うこととなれば、事務処理を委託しようとする者の利益保護の観点等から問題を生ずると考えられ認められない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し 回答されたい。	今回の提案事項は、未だに非常に利用率が低く、一部では職員による「なりすまし申請」までが懸念されているオンライン申請の現状を改善すべく、電子政府の推進、行政の効率化及び国民にとっての利便性の向上という観点から、現行法の解釈を伺いしているのではなく、法改正も含めて提案しているものです。今後、オンライン申請に関しては、利用者の拡充等、貴省におかれましては、どのように改善していく予定であるのか御意見を賜りたく存じます。	1 0 5 1 0 2 0	個人	東京都	総務省 財務省 厚生労働省	
0902090	水道水における 残留塩素濃度の 規制緩和	水道法施行規則 第十七条第一項 第三号	給水栓における水が、遊離残留塩素を0・ mg/l （結合残留塩素の場合は、0・0 mg/l ）以上保持するよう塩素消毒をすること。		水道法施行規則第十七条第一項第三号で定める水道水の遊離残留塩素0・ mg/l を0・05 mg/l 程度とする数値緩和。	片品村は群馬県の北東に位置し村面積の約91%が森林で観光と農業が主産業の自然豊かな村です。 今年度「尾瀬の郷片品湧水群」が、優れた水質に加え清渾、植林、山林保全、環境活動等村民による長年の取り組みが高く評価され、環境省の「平成の名水百選」として認定されました。 当時の水道水の原水は尾瀬の郷片品湧水群（平成の名水百選）を全て使用し、空気に触れることなく配水地まで送水され細菌や大腸菌が入り込むことのないよう水の汚染防止に取り組み管理されています。その後、遠隔管理装置により安全で安心な水道水を村民に提供していますが、水道法施行規則に基づく塩素消毒を行い遊離残留塩素0・ mg/l を確保していますが、塩素消毒を極力減少させ、自然の浄化力から生まれた自然の恵みを自然により近い状態で村民や来村者に提供出来る状況が片品村には整っていると考えます。 村の主産業である観光は、高層湿原を代表する尾瀬国立公園を始め、標高2,000mを超える日本百名山の釜山、白根山、武尊山の登山、夏場の冷涼な気候を生かしたスポーツ合宿や冬のスキーなど年間を通じて多くの来村者を迎えています。平成4年の来村者387万人をピークに平成19年度には226万人（-41.6%）まで落ち込み村民の生活は窮地に追い込まれています。 状況を打開する施策の一つとして、水道水の遊離残留塩素の数値緩和をすることは、健康への関心が高まる現在、エコツーリズム・ヘルスツーリズム等が注目され、多くの来村者の増加が見込まれ、宿泊、飲食業、加工食品の三次産業、二次産業に至る村全体の経済が活性化され、よって村民生活の安定及び向上が図れると確信致します。	C	Ⅲ	水道水は、浄水場で一旦消毒されたとしても、送水、配水等の過程において、再汚染等のおそれがあるため、消毒の効果を給水栓に至るまで保持させておく必要があることから、給水栓における残留塩素濃度の保持を求めているところである。 この残留塩素濃度の規制については、以下の理由により、緩和することはできないと考えている。 ・ 現行の規制は、送配水等の過程における汚染のおそれも考慮し、消毒の効果を十分に確保するためのために定められたものであり、現在もおおむね汚染の発生が見られないところを踏まえれば、遊離残留塩素に係る基準について緩和することは適切ではないこと。 ・ 原水水質が良好な水道においても、消毒後、各家庭等に給水されるまでの過程における再汚染や微生物の増殖の可能性については他の地域と変わることはないこと。 ・ 0.05 mg/l という低濃度の残留塩素を、簡便かつ精度よく、簡便かつ精度よく検査するとともに、当該濃度を維持することは技術的に困難であること。 なお、厚生労働省においては、より安全で快適な水道水の供給の観点から、専門家の協力も得て、水道の配水過程における水質変化の制御と管理に関する研究を進めているところである。	貴省の回答にある「水道の配水過程における水質変化の制御と管理に関する研究」について、検討の具体的な内容及びスケジュールをお示し願いたい。あわせて右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	・ 過去に多く使われた水道用石綿セメント管は耐久性が弱く、強度が低いため、配水等の過程において再汚染の可能性が高かった。これに代わり塩ビ管や銅管など製造技術等の高度化により導水管、配水管等の品質が強化され、再汚染の可能性は低くなっている。 ・ 湧水地からの取水は必要な分だけでいい、年間を通して一定量を取水している。近年では電気式により塩素を正確に投入している。一定量の取水に対する正確な塩素投入で遊離残留塩素0・05 mg/l 以上を確保できると考える。 ・ 残留塩素測定器械は百分の一まで測定できるデジタル測定器を使用し正確な管理、検査を行っている。	1 0 5 6 0 1 0	片品村	群馬県	厚生労働省	

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・	求める措置の具体的な内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロジェクト名	提案事項番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920300	産業用大麻種子の流通体制構築（輸入規制緩和とあるいは国内調達体制の確立）	・輸入割当てを受けるべき貨物の品目、輸入の承認を受けるべき貨物の原産地または船貨物の輸入について必要な事項であることを証する書類（昭和41年4月30日通商産業省告示第170号） ・輸入のけし、大麻種子の取扱について（厚生省通知：昭和40年9月15日業務第一238号）	輸入される大麻の種子については、熱処理等によって発芽不能の処理を施したものであることを証する書類（地方厚生局麻薬取締部が発行したものに限る。）を税関に提出しなければならない。		下記法規制緩和とあるいは支援措置の実施 （法規制緩和） 学術上の分類は大麻（カンナビス・サティバ・エル）であっても、テトラヒドロカンナビノール（以下「THC」という。）の含有量が皆無である品種の大麻（以下無毒種子）について、発芽不能処理を行わずの種子を導入することができるものとする。 （支援措置） 国内における無毒種子の流通体制の確立、または無毒種の開発に向けた研究の実施	【提案の背景】 「北見地域産業振興ビジョン（経済産業省）」において、「遊休地を活用した産業用大麻の栽培及び建材等の開発」が推進すべきプロジェクトの一つに位置づけられていることから、提案主体は事業化に向け真摯に取り組んでいた。しかし、国内で唯一事業化している栃木県においては県外への種子持ち出しを条例で禁じており、輸入についても法で制限されていることから、工業製品製造のノウハウを持ちながらも事業化に着手できない状態にある。こうしたことから、輸入、国内調達を問わず産業用大麻種子の流通体制確立に向けた法規制緩和もしくは支援措置の実施を要望するものである。 【大麻栽培による効果】 ①大麻の繊維と茎を活用し、建材、断熱材、不織布、生分解性プラスチックとして利用可能。（廃棄物の減量及び化石燃料の使用抑制に寄与） ②生育速度が極めて速いことから二酸化炭素の固定化に特化しており、バイオマス燃料としての転換などが期待できる。 ③腐蝕性産業のクリーニングロボットとして地下水の浄化作用にも貢献できる作物である。（とりわけ北海道東部において地下水汚染が広がっている。） ④離農、減反等に起因して増加する耕作放棄地、休耕地（北海道1万ha）の農地保全を図るだけでなく、畑に工場を隣設して幅広く工業製品を製造することによって地域経済の活性化が可能である。 【代替措置】 都道府県知事による栽培許可の有無などの条件、制限や種子の管理方法などについて貴省の指示に従う。 【支援措置の要望】 地球環境保全が重要となる中、成長速度の速いバイオマスが目ざされていることも併せ、公的機関による横断的な無毒品種の開発等を要望する。	C	Ⅲ	大麻事犯が急増しているという近年の薬物情勢の下、大麻乱用による保健衛生上の危害を防止するために、大麻の栽培を原則禁止している法の趣旨にかながみれば、大麻の違法な栽培を助長することのないように現行の輸入体制を維持し、厳正に対処する必要がある。また、支援措置を講じる状況でもなく、その必要もないと認識している。 また、大麻の幻覚成分であるTHCは、微量の摂取でも精神作用が発現することから、THCの含有量が低い大麻であっても、抽出・濃縮等の方法によれば容易に乱用につながる危険性は十分に認められる。よって、大麻取締法は、THCの含有量にかかわらず、すべての大麻を規制対象としてしているところである。また、大麻種子の段階においては、生育した大麻のTHC含有量について判別することは極めて困難である。よって、THC含有量にかかわらず、すべての大麻種子の輸入について現行の輸入規制を維持する必要がある。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	申請者は北海道知事より大麻栽培許可を得ており、大麻取締法（以下「法」という。）第2条第2項で定義される「大麻栽培者」であります。また、法第3条第2項では目的内の利用を認めており、申請者が目的内で行う栽培は貴省が指摘する「大麻の違法な栽培」とは異なるものと理解しており、貴省の支援をお願いするものであります。	1 0 5 8 0 1 0	産業研究開発研究会「大麻プロジェクト」	北海道	厚生労働省 経済産業省	
0920310	2003年9月2日 内閣参員156 第46号内閣総理大臣答弁4 「医師が当該被保険者に対するはり施術の適否判断をする必要はない」と考えている」に基づく鍼灸療養費医師同意書の規制緩和	・健康保険法（大正11年法律第70号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22年法律第217号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留置事項等について（平成16年10月1日保医医発1001002号、平成17年3月30日保医医発0330001号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		鍼灸師国家免許の要件として、鍼灸師への医師の判断で不適の場合は医師に紹介し原則鍼灸を行わない事になっています。適する場合は患者の状態を診て鍼灸師の判断を下し治療します。 鍼灸師同意書は「施術同意」ではなく「保険給付の適否を判断するための同意書」であることから、鍼灸師が患者から問診をとる段階で適応と判断できた場合、同意書がなくても給付適応にしていたいただきたい。そして鍼灸師の知識を上回る給付判断が必要な場合は医師の判断を仰いで「同意書」をいただきたい。※マッサージ療養費は含みません。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。 療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。 鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と療養回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。 特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部竹付・7Ld「内科、東京女子医科大学東洋医学研究所、埼玉医科大学東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院で4施設による共同研究の結果は重複されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的根拠」を明らかにする有効な医学的根拠も多く出てきています。そして、内閣府理大臣も同意書は必要ないと答弁されているので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	鍼灸の施術において療養費の対象となるのは、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものである。保険者が療養費の支給対象が否かを判断するために、①単なる療養回復等のために行われるものでないことを医学的に確認する必要があること、②医師による適当な治療手段等がないことを確認する必要があることから、医師の同意書を添付の上、療養費の支給申請を行っていたく取扱いとしている。なお、ご指摘の2003年9月2日内閣参員156第46号内閣総理大臣答弁は、同意書の撤廃について言及したものではありません。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	鍼灸師は治療と療養回復の区別もできないのか。国は、はり師養成に關し3年以上現代医学と東洋医学を学ばせられた後に国家試験を受験させるのである。平成18年度提案の「日本国における鍼灸医療の確たる医療化」において鍼灸師の修業年限を増やすよう求めたが、「養成所の設置や教育内容について法令上厳格な規制を設ける」とともに、国家試験を行うことにより、はり師・きゅう師として必要な知識、技術が身に付いているかどうかの確認を行うなど、その質の確保を図っている」との回答であった。鍼灸師は「単なる療養回復等のために行われるものでないことを医学的に確認すること」すらできないような低レベルな国家免許なのかどうか返答されたい。	1 0 6 2 0 1 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省	
0920310	鍼灸療養費に関する施術が単なる療養回復でない事を厳格に証明する為の措置を講ずる事による鍼灸療養費の規制緩和の要望	・健康保険法（大正11年法律第70号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22年法律第217号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留置事項等について（平成16年10月1日保医医発1001002号、平成17年3月30日保医医発0330002号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		鍼灸師は療養費の有無に関係なく人口の10%以下という事実より、鍼灸はマッサージと違い単なる療養回復の為の治療では無いので同意書の規制緩和は可能である。 第1項目の提案に加え、受診の際、患者の目に付く所に「単なる療養での保険鍼灸は違法であり、処罰の対象になる事がある」というような張り紙を掲げ又同意書に関する項目を含めた療養費取り扱い契約書を患者、施術者と取り交し、その等しを保険者に提出する事で、単なる療養回復での鍼灸治療ではないことを証明する事を要件とする。※マッサージ療養費は含みません。	この提案でも、マッサージは完全に外します。これまでの提案も、今回の全ての提案もすべて同じ方針です。 現在、療養費で最も問題になっているのは鍼灸師や柔道整復師（あんま・マッサージ指圧を除く）の「保険の利くマッサージ」で、そこで、鍼灸療養費から、鍼灸治療単体に伴う「刺す時や刺した後の痛み、違和感」や「灸の火の熱さ」を緩和させる事を目的としたほんの短時間の「前灸法」「後灸法」と言われる治療の一環である施術を除き、マッサージ類似行為を完全に除去する事を提案致します。 つまり、鍼灸療養費の場合は、あくまでも鍼灸施術が中心である事から、仮にあんま・マッサージ指圧師免許も持つというとも、鍼灸療養費療養費の補助的なマッサージを原則禁止とする事で「保険の利くマッサージ」といわれるものを根絶する事ができると考えます。 このことは医療費削減を防ぐ為の有効な手立てであるとも思います。 鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。 従って、鍼灸療養費の医師同意書は、発生原因が明確で治療と療養回復の境界が明確となつて、鍼灸療養費の医師同意書は、発生原因が明確で治療と療養回復の境界が明確となるよう契約を交わす事で、療養回復に占める割合の高いと思われるマッサージ類似行為を除外したり、科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立とその学習により、置き代えることができます。	C	Ⅳ	鍼灸の施術において療養費の対象となるのは、慢性病であって医師による適当な治療手段のないものである。保険者が療養費の支給対象が否かを判断するために、①単なる療養回復等のために行われるものでないことを医学的に確認する必要があること、②医師による適当な治療手段等がないことを確認する必要があることから、医師の同意書を添付の上、療養費の支給申請を行っていたく取扱いとしている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	鍼灸師は国家免許である。最低でも法律に従って3年間養成施設で学び国家試験に合格して初めて鍼灸師となる。国は鍼灸師を無医業に増やしておきながら、鍼灸は医学ではないなどという。鍼灸の治療効果は世界中の医学者に科学的に評価され、また、世界中の人々にも支持されているが、わが国の鍼灸受診率は人口の7%程度。この程度の需要の為に過剰に養成するとすれば規制を緩和して国民に広く鍼灸を受けさせるべきではないのか。国は養成施設の規制を緩和し、需要を増やすための規制緩和を何ら行っていない。あまりにも無責任である。貴省は誠実に返答すべきである。	1 0 6 2 0 2 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省	
0920310	「鍼灸治療助成制度の指定疾患」と「鍼灸療養費の指定する為の措置を講ずる事による鍼灸療養費の規制緩和	・健康保険法（大正11年法律第70号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22年法律第217号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留置事項等について（平成16年10月1日保医医発1001002号、平成17年3月30日保医医発0330003号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対して、同意書無しでの治療を可能にし、患者の鎮痛に大きな効果を発揮し続けています。 宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも受けられる事を約44年間の歴史から知っています。実際の既成事業に基づき鍼灸療養費の同意書の規制緩和を要望します。（法令上のマッサージ療養費適応傷病名）。（宮崎市規則上のマッサージ施設適応傷病名は一致しない）	鍼灸治療を市町村の一部助成の下に受けてきた75歳以上の国保被保険者は、平成20年度より全員が新制度に移行するため、これまでと全く同じ料金で治療を受ける事ができなくなるケースが多くなっております。 75歳以上の患者は慢性的痛みを多く抱えた方が多く、本当に治療の必要な世代であるからこそ同意書の緩和された助成制度の下に鍼灸治療を頼って痛みの治療をしてきた訳ですが、鍼灸を選択した患者の多くが今回の新制度でも救済の外におかれることになりそうです。 国は後期高齢者医療制度の創設にあたり、様々な影響を検討してきたのですが、新制度移行にあたり助成制度が縮小され、患者として治療にかりにくい状況になっているのに何の措置も行っていない。 そこで、鍼灸療養費の同意書の規制緩和を行うことで、これまで鍼灸治療を受けてきた患者が市町村単位で行われてきた助成制度と同じような手続きで鍼灸治療を行えるようになります。 3に措置していただくように要望いたします。 代替措置として、今期提案の第1・第2項目の提案に加えて、研修プログラム受講の義務付けを行います。年間12時間程度の療養費取り扱い疾患に関する履修とその疾患の科学的有効性の証明された施術方法の修得を義務とし、各保険者に研修プログラム修了者名簿を提出することで同意書に代えることができるかと考えています。	C	Ⅳ	療養費は現物給付方式の補完的・特例的なものであり、法はその支給要件について、①保険者は療養の給付等を行うことが困難であると認めるとき、②保険医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の者がから診療、療養の支給若しくは手当を支給した場合において、保険者がやむを得ないものと認めるとき、に療養の給付等に代えて療養費を支給することができるとしており、保険者が療養費として支給すべきか否かを判断するために同意書の添付を求めているものであり、地方自治体等が行う助成制度とは、その性質を異にしている。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	後期高齢者医療制度により、鍼灸を選択した患者のみが大きな不利益をこうまっているのでこの提案を行っているのである。 主旨をきちんと理解していただきたい。 このような患者を救済していただきたいのであるが、救う気があるのか、はっきりとした回答を求めたい。	1 0 6 2 0 3 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省	
0920310	厚生労働省厚生労働科学研究所「慢性関節リウマチに対する鍼灸治療の多施設ランダム化比較試験」のEBMによる鍼灸療養費の医師同意書の規制緩和	・健康保険法（大正11年法律第70号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22年法律第217号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留置事項等について（平成16年10月1日保医医発1001002号、平成17年3月30日保医医発0330004号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本会提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定等が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給要件とする」として現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。 これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模のランダム化比較試験によりお願い申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。 療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。 鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と療養回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。 特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部竹付・7Ld「内科、東京女子医科大学東洋医学研究所、埼玉医科大学東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院で4施設による共同研究の結果は重複されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的根拠」を明らかにする有効な医学的根拠も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	改めて言うが否定見解にも科学的根拠を持って対処していただきたい。応用不可能な根拠は何によるのか答えていただきたい。この論文は多施設ランダム化比較試験による結果である。否定も多施設ランダム化比較試験の結果からなのかどうか合わせて答えていただきたい。	1 0 6 2 0 6 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省	

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920310	厚生労働省厚生労働科学研究所事業の長期科学研究「高齢者の筋骨格系の痛みに対する鍼灸及び徒手治療の除痛効果に関する基礎的研究」のEDMによる鍼灸療養費の医師同意書の規制緩和	・健康保険法（大正11 年法律第70 号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留置事項等について（平成16 年10 月1 日保医発1001002 号、平成17 年3 月30 日保医発0330005 号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本会提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定等が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給条件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模の研究によりお願い申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部リサーチ・7L44 ¹ -内科、東京女子医科大学東洋医学研究所、埼玉医科大学東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的な根拠」を明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	この否定的見解についても、根拠となる論文等を示していただきたい。		1 0 6 2 0 7 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省
0920310	医歯薬出版の「エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸医学」中の、変形性膝関節症の「臨床におけるランダム化比較試験」のEDMによる鍼灸療養費の医師同意書の規制緩和	・健康保険法（大正11 年法律第70 号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留置事項等について（平成16 年10 月1 日保医発1001002 号、平成17 年3 月30 日保医発0330006 号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本会提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定等が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給条件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模のランダム化比較試験によりお願い申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部リサーチ・7L44 ¹ -内科、東京女子医科大学東洋医学研究所、埼玉医科大学東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的な根拠」を明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。		1 0 6 2 0 8 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省	
0920310	医歯薬出版の「エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸医学」中の、変形性膝関節症の「臨床におけるランダム化比較試験」のEDMによる鍼灸療養費の医師同意書の規制緩和	・健康保険法（大正11 年法律第70 号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留置事項等について（平成16 年10 月1 日保医発1001002 号、平成17 年3 月30 日保医発0330007 号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本会提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定等が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給条件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。これに否定的見解をお示しになる場合は、同規模のランダム化比較試験によりお願い申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部リサーチ・7L44 ¹ -内科、東京女子医科大学東洋医学研究所、埼玉医科大学東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的な根拠」を明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	このランダム化比較試験では、「鍼は膝OAの治療として、単にNSAIDを使用して行う治療よりも、疼痛を軽減させ、こわばりを和らげ、関節機能を改善させる効果的で安全な治療である」との結論である。この研究結果も科学的根拠をもとに患者のために応用可能であろうが、なぜ、不可能なのか科学的根拠を持って返答いただきたい。今後、非科学的な返答は認められない。		1 0 6 2 0 9 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省
0920310	医歯薬出版の「エビデンスに基づく変形性膝関節症の鍼灸医学」中の、変形性膝関節症の「臨床におけるランダム化比較試験」のEDMによる鍼灸療養費の医師同意書の規制緩和	・健康保険法（大正11 年法律第70 号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留置事項等について（平成16 年10 月1 日保医発1001002 号、平成17 年3 月30 日保医発0330008 号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		特区第12次本会提案に対して「施術による客観的な治療効果の判定等が可能となった段階で、同意書の添付を療養費の支給条件の一つとしている現在の取扱いについて検討を行うことが適当であると考えている」との回答を頂きましたので、客観的な治療効果の判定等が可能となった論文を示します。これに否定的見解をお示しになる場合は、コクラン共同計画ハンドブックに詳しく解説されている間接的にも確立された系統的レビューの方法論によりお願い申し上げます。	昭和39年制定の鍼灸助成金は、鍼灸療養費と同じ疾患に対し、同意書無しでの治療を可能にして今現在も患者の鎮痛に効果を発揮し続けています。宮崎県民は、医師同意書がなくても保険料から支払われる助成金による鍼灸治療がきちんと受けられる事、そして助成金の指定する疾患と療養費の指定する疾患が同一である事から、鍼灸療養費の治療も医師の同意書なしでも問題なく受けられる事を43年間の歴史から知っています。療養費の規制緩和は皆保険による鍼灸治療を可能とする社会性のある事業です。鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と疲労回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部リサーチ・7L44 ¹ -内科、東京女子医科大学東洋医学研究所、埼玉医科大学東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重視されてしかるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。この研究は非常に有効であることを医学的に証明したものであります。また、最近では変形性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。このように、同意書の規制緩和の要件である「鍼灸の科学的な根拠」を明らかにする有効な医学的根拠」も多く出てきていますので、規制緩和をお願いします。	C	Ⅳ	ご指摘の調査研究報告については、現時点において療養費の支給を行う上で同意書の撤廃を行う等、応用可能なものとは考えていない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	系統的レビューとは、特定のテーマに関するすべての出版物を調べるための研究プロセスから成る。その結果は統合・要約され、Meta分析に関する政策立案者及び患者に役立てられる。膝OAの系統的レビューのそれぞれ論文は他の学術雑誌に受理されている。この膝OAに対する系統的レビューの一つの結論では「実際問題として患者に鍼の利点を与えない事はおそらく倫理に反した事である」とされた。最終結論は「膝OA患者の疼痛と機能について鍼は非鍼や麻薬よりも有意な便益効果をもたらす事を示した。この見地からNSAIDに代わるものとして鍼は考慮されるべき」である。貴省の科学的倫理的な回答を頂きたい。		1 0 6 2 1 0 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省
0920320	保険医療機関における医師による鍼灸治療の療養費の給付と鍼灸療養費の規制緩和	・健康保険法（大正11 年法律第70 号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゆう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留置事項等について（平成16 年10 月1 日保医発1001002 号、平成17 年3 月30 日保医発0330009 号（一部改正））	新しい医療技術等の保険適用については、学会等からの提案を踏まえ、中央社会保険医療協議会において議論を行った上で保険適用の是非を決定する仕組みである。		鍼灸治療の中には、科学的根拠の明らかになっている鍼灸施術方法もあります。現在、日本全国の医科大学及び医学部附属病院をはじめとして、多くの保険医療機関で鍼灸治療が行われています。混合診療の観点及び公正取引の観点も踏まえた上で、このあたりで、科学的根拠のある鍼灸施術方法から順次保険医療機関における保険診療方法として採用してみてもどうかと思います。同時に、鍼灸施術院においても同意書をはじめとした規制緩和を要望いたします。※マッサージ療養費は含みません。	「平成19 年3 月26 日厚生労働省告示第53 号は、住民等が医療に関する情報を得られ、適切な医療を選択できるように支援するため、医療機関に関する基本的な情報や提供する医療（鍼灸）の内容に関する情報等、一定の情報を住民等に利用しやすい形で提供する目的で定められたもの」上記は第12次特区提案の回答です。平成19 年3 月26 日厚生労働省告示第53 号は、鍼灸についても、医療機関で行われる鍼灸治療を住民等に利用しやすいよう情報提供させる事を義務とした法令です。この第12次特区提案からも明らかなように、鍼灸治療については、鍼灸師の施術所に加えて、医師の医療機関でも行われているというところだけでも複雑ですが、ここに、有料無料等の科別の問題や保険問題（療養の給付や療養費）など複雑な問題が絡み、住民等にとっては複雑すぎて訳が分らないのではないのでしょうか。また、鍼灸分野において治療効果の有効性が科学的根拠の基に明らかとなった世界中の研究論文中の施術方法は、昔ながらの鍼灸治療の術式を用いながらも、科学化をもって、すでに現代医学の範疇にあるのではないのでしょうか。これらことから、医師の鍼灸治療に関する規制緩和（療養の給付化）と鍼灸師の鍼灸治療の規制緩和（療養費の医師同意書等の規制緩和）を同時に断行していただき、住民に分かりやすい制度にしたいだくよう要望いたします。	C	Ⅳ	新しい医療技術等の保険適用については、学会等からの提案を踏まえ、中央社会保険医療協議会において議論を行った上で保険適用の是非を決定する仕組みであるが、医師が行う鍼灸治療については、治療の手段・方式や成績判定基準等が明確ではなく、客観的な治療効果の判定が困難であること等から、現段階では保険診療報酬上、評価することは困難であると思われる。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	医師又は鍼灸師の鍼灸は有効性の認められた科学的論文に基づく鍼灸施術方法であれば治療の手段・方式や成績判定基準等が明確になり、客観的な治療効果の判定も可能となる。少なくとも医師や鍼灸師の鍼灸専門家には可能である。貴省は有効性の証明された研究論文を提示してもいつも無視して「治療の手段・方式や成績判定基準等が明確ではなく、客観的な治療効果の判定が困難」と非科学的に結論付けているが、いかなる研究によるものか答えていただきたい。新しい医療技術の件であるが、学会等の提案とは鍼灸の場合（社）全日本鍼灸学会のこのか。さらに学会等の「等」とは、例えば（社）宮崎県鍼灸マッサージ師会などの団体でもいいのか。		1 0 6 2 0 4 0	社団法人宮崎県鍼灸マッサージ師会	宮崎県	厚生労働省

09 厚生労働省 非予算(特区・地域再生 再検討要請).xls

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁	
0920330	SSP療法に関する鍼灸療養費の規制緩和	・健康保険法（大正11 年法律第70 号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について（平成16 年10 月1 日保健発1001002 号、平成17 年3 月30 日保健医発0330010 号（一部改正））	鍼灸師の施術に係る療養費では、鍼灸と併せて、施術効果を促進するため、鍼灸の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気計又は電気温灸器及び電気光線器具を使用した場合は、療養費の支給対象としている。		SSPが鍼灸の業務範囲で無いとすれば、販売元は虚偽の広告を続けてきた事になり、また、SSPを刺さない鍼と違って消炎鎮痛処置料としての保険診療を提供してきた医療機関も販売元に虚偽の効果の宣伝を強要されていたことになり、さらに、厚生労働省もこの医療費を療養の給付の対象として認めている事から結果として独占禁止法違反に該当します。SSP療法が鍼灸なのか否かを早急に検討し、鍼灸の業務範囲であればSSPに関して医師同意書などの鍼灸療養費の規制緩和をお願い致します。※マッサージ療養費は含みません。	SSPは鍼治療を簡単にしたものであるが、これも鍼治療である。本来、このSSSPは鍼治療であるのだから医師又ははり師のみしか取り扱えないはずであるが、保険医療機関でははり師以外の施術所等において、実際はそれ以外の者が扱っている。更に、法令上鍼治療を行えない者（PT等）がSSPという鍼治療をした場合であっても消炎鎮痛処置と保険請求ができることになっている。保険医療機関では無資格者のSSP治療でも保険取り扱いができるのに、なぜか、はり師の施術所では、はり師が行う療養費のみが治療に効果があるという科学的根拠の基に保険請求ができるのであれば、当然、人体に対して針を直接刺入する鍼師の行う鍼治療には同様以上の効果があるのである。更にはり師の電気併用の場合はSSPと同じ低周波を刺した針に通電するのだから、この点について厚生労働省は、貴省見解の「はり・きゅうの施術については、科学的メカニズムが未だ解明されていない」という文言を撤回しなければ、やはり、鍼灸師の施術所を健康保険医療市場から不当に排除していることになる。よって、はり師の施術について「科学的メカニズムが未だ解明されていない」といわれる解釈を、無資格者でさえ提供できるSSPと云う名の「鍼施術」や「鍼施術の指示」の禁止を要望します。 代替措置：「保険医療機関の保険・消炎鎮痛」や「柔道整復師の保険・後療法」で使用される保険SSPを、今後は「医療機関勤務はり師」や「開業はり師」が担当する。	C	IV	鍼灸師の施術に係る療養費では、鍼灸と併せて、施術効果を促進するため、鍼灸の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気計又は電気温灸器及び電気光線器具を使用した場合は、療養費の支給対象としているが、SSPは低周波連電を目的とする導子であり、はり師の本来のカテゴリーに組み入れられないものであり、療養費の支給対象にはできない。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	今提案は貴省見解の「低周波連電を目的とするSSP 療法については、鍼灸の業務の範囲内であるのか、安全性はどうかなど総合的に勘案して検討していかなければならないものがある」に基づくものである。主旨を間違わないようにしていただきたい。 鍼灸師は「SSPは鍼治療である」と思っている。それは貴省等認可の養成施設において教えられてきたからである。SSPがはり師の術の「リ」でないとすれば、養成施設の学生や患者に「刺さないはり治療＝SSP」といううその教育や宣伝・効果が浸透していることになる。本当に鍼でないのであれば貴省自ら公正取引委員会に申告すべきである。鍼であれば規制緩和をすべきである。			1 0 2 6 2 0 5 0	社団法人 宮崎県鍼灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省
0920340	平成19 年3月26 日の厚生労働省告示第五十三号に基づく、鍼灸医療療養費取り扱い規制である保険32号「医師による適当な治療手段のないもの」という文章の撤廃	・健康保険法（大正11 年法律第70 号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について（平成16 年10 月1 日保健発1001002 号、平成17 年3 月30 日保健医発0330011 号（一部改正））	療養費の支給は、健康保険法の規定により、同法による「療養の給付」等を保険者が行うことが困難であると認めるとき等に行うこととされている。		「平成19 年3 月26 日厚生労働省告示第53号は、住民等が医療に関する情報を得られ、適切な医療を選択できるよう支援するため、医療機関に関する基本的な情報や提供する「鍼灸」医療の内容に関する情報等、一定の情報を住民等に利用しやすい形で提供する目的で定められたもの」との事ですが、貴省は実質的に鍼灸が医師の適当な治療手段であることを認めたわけですが、混合診療の観点から鍼灸治療を無料提供する保険医療機関であっても医師の適当な治療手段であることには変わりありませんので措置をお願い申し上げます。	宮崎県内には昭和39年から国民健康保険被保険者を対象とした鍼灸の補助制度があります。この制度では同意書の規制が緩和され、慢性の痛み等に対して力を発揮してきました。この治療を規制緩和の基に国保被保険者にとどまらず広げる事で社会性のある事業を実現できます。 鍼灸療養費に必要な医師の同意書・診断書は、施術に必要なものではなく、保険者が療養費を支給するために必要な確認書です。従って、発生原因が明確で、治療と療育回復の境界が明確となる科学的根拠を備えた理論及び施術方法の確立により置き代えることができます。 特に、厚生労働省主導により行われた東京大学医学部リハビリ内科、東京女子医科大学大東洋医学研究所、埼玉医科大学大東洋医学科、岐阜大学医学部東洋医学講座の大学病院である4施設による共同研究の結果は重複してしるべきであり健保被保険者等に研究補助金を還元すべきです。これは保険者の求めるEVIDENCEであり、この施術方法は科学的確証の確立を超える科学的根拠となります。最近では変異性膝関節症の鍼灸に関する科学的根拠等もあり、国のこれまでの鍼灸に関する非科学的な否定の停止を要望します。 昭和25年厚生省保険4号が発出される直前まで鍼灸療養費制度における今日のような規制は無く、順調に鍼灸保険取り扱いが進んでいたのですが、この通知により鍼灸業界は保険医療市場からほぼ完全に排除されました。そして、内閣総理大臣官弁があらうとも排除は未だに続いており、鍼灸市場の正常な発展が困難な状態が続いています。	C	IV	療養費の支給は、健康保険法の規定により、同法による「療養の給付」等を保険者が行うことが困難であると認めるとき等に行うこととされている。このため、鍼灸師の施術に係る療養費の支給についても、「療養の給付を行うことが困難である」という範囲内で行われる必要があり、具体的な条件として「医師による適当な治療手段のないもの」との要件を課しているところである。なお、医師は法律上鍼灸に係る施術を行うことは許されているが、一般的にはこれをやっていないことから、ご指摘の保険32号通知においては「医師による適当な治療手段のないもの」という表現を行っているものである。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	鍼灸が医師により一般的に行われていない事は理解できるが、医師の鍼灸は禁止でない事から、現実的には鍼灸を行う医師は事実として存在する。禁止であれば「医師による適当な治療手段のないもの」という「表現」になるが、ただ鍼灸を行う医師が少なく一般的でないという理由だけでは「医師による適当な治療手段のないもの」という「表現」自体、医師の鍼灸は禁止であることの実現にはならない。この文言は、鍼灸師、鍼灸を行う者の医師に鍼灸を施すことを禁じているものである。医師の鍼灸が一般的になるときは、例えば、保険医療機関内やその機関と同じ敷地内などでの程度増えた時を指すのが答えていただきたい。			1 0 6 6 2 1 1 0	社団法人 宮崎県鍼灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省
0920350	鍼灸医療市場の競争政策に関する規制緩和	・健康保険法（大正11 年法律第70 号） ・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22 年法律第217 号） ・はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について（平成16 年10 月1 日保健発1001002 号、平成17 年3 月30 日保健医発0330012 号（一部改正））	はり・きゅうの施術については、神経痛等の対象疾患について、医師による適当な治療手段がなく、医師の同意がある場合に限り、療養費の支給対象としている。		平成19年度もみじ提案回答の公取要委請撤回が困難な事は十分に理解できました。よって学校政策は正結果である現在の状況（柔道整復師・鍼灸師の療養費制度の違いにより広がる格差・保険医療機関における無料鍼灸の拡大・SSP療法の問題など）についての競争規制の緩和を要望します。 はり師きゅう師は、あんまマッサージ指圧師や柔道整復師の施術と違い法律上医師の同意に関する条件は全くありません。また、厚生労働省も「はり・きゅうの施術における医師の同意書は、これらを受けるための条件とされるのではなく、保険者が保険料等を財源とする医療保険から給付を行うかどうかを判断するためには必要とされるもの」としています。はり師きゅう師の施術は保険の有無、傷病の程度（施術適応外を除く）に関わらず医師の同意は全く必要ないが保険者は支払を拒否されます。行政指導に関する他は法律上の条に基づき、鍼灸師も柔道整復師と同様に療養費の支給対象として自由に参入できるようにしていただき、自由な競争の中で医学的根拠に基づく適正価格での鍼灸治療をさせて頂きたい。	現在鍼灸師養成校の増加が著しく、第15回ははり師、きゅう師国家試験では約4,000人の鍼灸師が誕生し今も増え続けています。開業鍼灸業界は国の定まらざる規制により新たに誕生する鍼灸師を受け入れるだけの体力がないため、保険医療機関や素業界に新卒者の多くが就職し無料鍼灸や不衛生な鍼灸の拡大が懸念されています。国は、鍼灸に関する健康市場及び自費市場の整備も行わないままに鍼灸師養成校を認可し続け、鍼灸師の保険医療機関への就業を可とする事で、開業鍼灸師をますます排除の方向へ導いていきます。鍼灸師の鍼灸業界と医師の鍼灸業界の競争は、健保市場及び自費市場のどちらにおいても公正な競争関係であるべきです。また、鍼灸師の養成教育レベルを鍼灸を受ける医師以上にまで引き上げなければ不公平です。現在の2つの鍼灸業界の公正な競争のための市場整備に関する規制改革をお願い致します。	C	IV	柔道整復師の施術に係る療養費の支給対象疾患は外傷性である骨折、脱臼、打撲、捻挫等に限られており、骨折及び脱臼の場合は応急手当を除き医師の同意が必要である。したがって「鍼灸師も柔道整復師と同様に療養費の支給対象として自由に参入できるようにしていただきたい。」との要望理由が不明である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	趣旨は、平成19年度もみじ5079001（厚生労働省・公取要）の続きについてであり、柔道整復師養成施設に関する公取要委請や訴訟（国の取訴）から生じた鍼灸医療市場のいびつな競争の是正（保険者の支給判断規制見直し）を求めているものである。 なお、柔道の医師の同意書は療養費に必要なものではなく「施術を受けるための条件（法律）」とされるものであるが、鍼灸の医師同意書は、貴省が何度も述べられている通り「はり・きゅうの施術を受けるための条件」とされるものではなく、保険者が保険料等を財源とする医療保険から給付を行うかどうかを判断するために必要とされるもの」であるのだから、性質が全く違う。			2 0 0 0 1 0 1 0	社団法人 宮崎県鍼灸マッ サージ師 会	宮崎県	厚生労働省
0920360	あん摩マッサージ指圧師養成施設の認定要件の緩和	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第19条 あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師 養成施設指導要領について（平成12年3月32日健政発第412号）1の（2）	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第19条あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師養成施設指導要領について（平成12年3月32日健政発第412号）1の（2）		あん摩マッサージ指圧師養成施設を開設しようとする場合、次の条件が付されているので、（2）に定める関係団体の意見書を添付認定要件を緩和する。 （1）養成施設を設置しようとする者から設置計画書の提出があった場合、知事は、その内容を審査し、養成施設の設置に関する意見書を付して連達するものととする。 （2）社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会、社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会及び社会福祉法人日本盲人会連合会に係る都道府県段階の組織及び知事が必要と認める団体並びに盲学校の意見書を添えて連達する。	（具体的事業の実施内容）「治療のできるスポーツトレーナー」を目指す者のあん摩マッサージ指圧師養成施設を開設できるようにしたい。 （提案理由）①あん摩マッサージ指圧師（以下「有資格者」という。）の増加が微増（伸び率は昭和61年1001に対し平成18年111.9となる。有資格者の人口10万人対比率は平成8年が77.9人に対し18年が79.1人）のため、あん摩マッサージ指圧（以下「あん摩等」という。）の需要に対応できなく、結果として、無免許者の類似施術の増加に繋がり有資格者、特に、視覚障害者の生涯を脅かす原因となっている（4/8毎日新聞夕刊添付1）。②介護する者の7割からあん摩等の施術を求めた人が増えているように、医療の面でも西洋医学の観点だけでなく、相補・代替医療の分野も取り入れた患者中心の治療がますます求められている。③あん摩等の施術を受ける必要の拡大を図るため、例えば、ホールの選手・愛好者が大会や運動時に求めている体調管理への支援体制を構築する。その活動に視覚障害者である有資格者も参加し収入増加を図る。以上のような観点から、特区制度で長野県内に養成施設が開設できるようにして欲しい。なお、長野県内の受入れの拡大に貢献するものであり、この場合に、インターンシップ活動は有償でやることから、長野県の視覚障害者の有資格者は人口10万人対比率で平成8年が28.8人、18年が14.6人となっている。また、長野県内の盲学校（2校）に学ぶ児童生徒数も減少している。	C	IV	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第19条は、視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計の維持が著しく困難にならないように、視覚障害者以外のあん摩マッサージ指圧師の学校・養成施設の新設又は生徒の増加の承認をしないことができる旨規定したもので、現在においても、当該規定が、視覚障害者の生計を維持する上で重要な役割を果たしているものであり、所要の手続きに従って、判断が行われるべきものである。 なお、医道審議会において、御指図の意見書も勘案し、総合的な観点から、視覚障害者であるあん摩マッサージ指圧師の生計が著しく困難にならないか否かを御審議・御判断いただいているところであり、当該意見書はその参考資料の一つとして必要であるため、御提案のように意見書の添付を廃止することは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	「治療のできるスポーツトレーナー」を目指す者のあん摩マッサージ指圧師（以下「有資格者」という。）養成施設を開設できるように特区提案しているのは、無資格者の類似施術の増加がみられ、さらに、視覚障害者である有資格者の高齢化と施術業従事者の減少により、就業（施術）の機会がますます厳しくなっていることを鑑み、有資格者の生計の維持を著しく困難とならないようにするため、あん摩等の施術を受ける需要拡大をはかる手立て（補足資料）を講ずる必要があることと、養成施設数・入学定員の地域アンバランスがもたらす首都圏以外の視覚障害者の生計維持の困難性に配慮した養成施設ができるようにしたいためである。			1 0 6 6 5 0 1 0	個人	長野県	厚生労働省
0920370	大学が単位認定する有償・長期インターンシップ活動に参加する留学生に係る在留資格外活動許可の不要化	出入国管理及び難民認定法第19条第2項	在留資格「留学」及び「就学」をもつて在留する外国人から在留中の学費その他の必要経費を補う目的で、勉学の遂行を阻害しない範囲内で報酬を受ける活動等を行うことを希望する旨の申請がなされた場合には、在留状況に關し、特設の問題が認められない限り、一定の時間の範囲内で、一律かつ包括的な許可を付与している。		大阪府内の企業が大学と連携して行う有償の長期インターンシップ活動で、一定の要件を満たすものについては、当該インターンシップ活動で大学が派出を行うことにより、在留資格内の活動として、当該インターンシップ活動に参加する留学生に係る在留資格外活動許可を不要とする。	我が国では、少子高齢化に伴い、労働人口が減少する中で、世界から高度人材の受入れを拡大することが喫緊の課題となっている（経済財政改革の基本方針2008）。留学生が企業の中で就業経験を積めるインターンシップ活動は、教育を受けるという留学生の在留目的に合致するばかりでなく、インターンシップ活動を通じて、留学生と企業が相互理解を深めることにより、卒業後に国内企業への就職を促進し、高度人材の受入れの拡大に貢献するものである。この場合に、インターンシップ活動は、長期になるほど効果が高いとされており、さらに、長期のインターンシップ活動は、参加者に責任感や意欲を引き出す等の観点から、有償であることが望ましいとされている。しかしながら、このような長期インターンシップ活動を行う場合には、当該インターンシップ活動に参加する留学生は、出入国管理及び難民認定法第19条第2項の規定に基づく在留資格外活動の許可が必要で、活動時間の上限等の制限があることから、当該インターンシップ活動は、留学生、企業の双方にとって有用にも関わらず、十分に活用されていないのが実態である。このため、大阪府内の企業が大学と連携して行う有償の長期インターンシップ活動で、次の要件を満たすものについては、当該インターンシップ活動に係る大学が法務大臣に届出を行うことにより、在留資格内の活動として、当該インターンシップ活動に参加する留学生に係る在留資格外活動許可を不要とする。 ① 大学が授業の一環として単位を付与するものであること。 ② インターンシップ活動が1カ月を超える期間であること。	C	I	有償・長期のインターンシップ活動は、資格外活動の許可を得ることで実施可能であり、出入国管理制度が同事業の実施の支障になっているものではないと考える。 なお、在留資格外の活動で収入を得ようとする者について、これを許可に係らしめることは、出入国管理政策や労働市場政策を適切に遂行する上での根拠をなすものであり、これを不要とすることは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	大学は、教育上有益と認められるときに単位を付与することから（大学設置基準第29条第1項）、大学が単位を付与するインターンシップ活動は、教育を受けるという留学生の在留目的に合致しており、「その許可の範囲を逸脱した活動」と解釈することは適当でないと考えられる。インターンシップ活動が有償の場合でも、その大部分は実費程度である。また、入管制度等の改正により、在留資格外活動許可の適用が改善傾向にあるが、当該許可の基準が不明確であることに変わりはない。このため、大学が授業の一環として単位を付与する有償の長期インターンシップ活動については、在留資格内の活動として、留学生に係る在留資格外活動許可を不要とされた。			1 0 6 6 6 1 0	大阪府	大阪府	法務省 厚生労働省

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係省庁
0920380	留学生が国内企業に就職する際の在留資格の変更許可基準の緩和	出入国管理及び難民認定法第210条	在留資格の変更については、在留中の外国人がその在留目的の活動を変更して新たな活動を行おうとして在留資格の取得を希望する場合に法務大臣が許可を与えるものである。		留学生が大阪府内の企業に就労する場合で、一定の要件を満たす者であるものについては、法務大臣による在留資格の変更許可基準を緩和し、専攻科目と従事業務との整合性の要件を適用しないこととする。	我が国では、少子高齢化に伴い、労働人口が減少する中で、世界から高度人材の受入れを拡大することが喫緊の課題となっている（経済財政改革の基本方針2008）。我が国の大学に就学する留学生の多数が、卒業後の進路として国内企業への就職を選択するのであれば、高度人材の受入れの拡大に貢献するものである。 留学生が国内企業へ就労する場合は、出入国管理及び難民認定法第210条第3項の規定に基づき、在留資格を留学から就労目的に変更するための法務大臣の許可が必要であるが、当該許可は、専ら法務大臣の自由な裁量に委ねられるものの、原則として上陸許可基準に適合していることが考慮されることとされている（「在留資格の変更、在留期間の更新許可のガイドライン」（平成20年3月法務省入国管理局））。 この場合に、当該基準は、留学に係る大学の専攻科目と就労先の従事業務との整合性が求められているが、特に、文系科目を専攻した留学生が就労する場合には、このような整合性の立証が困難で在留資格の変更の許可がなされないことが多いなど、優秀な留学生を十分活用できていないのが現状である。 このため、留学生が大阪府内の企業に就労する場合であって、次の要件を満たす者であるものについては、法務大臣による在留資格の変更許可基準を緩和し、専攻科目と従事業務との整合性の要件を適用しないこととする。 ① 4年生大学又は大学院を卒業していること。 ② 一定以上の日本語の能力があること。	D	—	現在の企業においては広範な分野の知識を必要とする業務が多くなっているという実態等を踏まえ、留学生の専攻科目と就職先で従事する業務内容との関連性については、柔軟に判断されていると承知しており、現行の出入国管理制度が、留学生が国内就職する場合の支障になっていないと考えていない。 なお、我が国では「専門的・技術的分野」での外国人労働者の受入れを基本政策としており、これを担保する要件自体を緩和することは困難である。	右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	近年、我が国の企業は、留学生について、日本人学生と同様に、専攻科目にかかわらず総合的な人材として採用することを希望する傾向にある。一方、我が国の大学では、学際横断的な学部が新たに設置されてきており、狭義の専門性で留学生の能力を測ることが困難となりつつある。このように、在留資格の変更許可の際に大学の専攻科目と就労先の従事業務との関連性を求めることは、最早、合理性を喪失しており、新たな観点から在留資格を判断することが求められている。このため、「一定の関連性が認められれば、許可する」ということではなく、一定の能力等の要件を満たす留学生については、当該関連性の要件を適用しないこととされたい。		1 0 6 0 2 0	大阪府	大阪府	法務省 厚生労働省
0920390	夜間対応型訪問介護におけるサービス提供時間帯の緩和	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）	〇指定夜間対応型訪問介護を提供する時間帯は、各事業所において設定することになるが、夜間におけるサービス提供という性格を踏まえ、二十時から六時までの間は最低限含むものとする。なお、八時から十八時までの間の時間帯を含むことは認められないものであり、この間の時間帯については、指定訪問介護を利用することとなる。		現行法で「夜間において」とされる夜間対応型訪問介護のサービス提供を、夜間に引続く星間の時間帯においても可能とする。	住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたいと願う居宅要介護被保険者が、在宅で安心して生活できる地域基盤の整備を目指す。 具体的には、現行法で夜間対応型訪問介護は「夜間において」行うサービスと定義されたものを、夜間に引続く星間におけるサービスも含めることで、居宅要介護被保険者に対し、地域密着型介護サービス費の支給による24時間対応の定期巡回サービス、オペレーションセンターサービス及び随時訪問サービスの提供を可能とする。 提案理由 世田谷区では、夜間対応型訪問介護が導入される前に全国に先駆け「ナイトケアパトロール」事業を実施してきた。しかし、同居家族等が仕事などにより星間不在にすると居宅要介護被保険者が日中独居となる事例があり、夜間に限らず星間においてもオペレーションセンターサービスや随時訪問サービスの必要性が明らかになった。現在、夜間対応型訪問介護事業者が独自に、介護保険外の利用者自己負担の随時サービスを提供しているが、ニーズがあることが明らかにしている。介護ニーズに的確に応えることができる施設や住宅の整備が進まない中で、住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたいと願う居宅要介護被保険者にとって、在宅での介護不安が解消される。 代替措置 訪問介護との統合が想定されるが、サービスの提供方法が異なるほか、費用は、夜間対応型訪問介護費の方が訪問介護費より高く設定されていることから、定期的に訪問介護を必要とする居宅要介護被保険者が頻りに夜間対応型訪問介護を利用することは無いものとする。	D	—	現行制度においても、ケアプラン上随時訪問を組み込めば、「訪問介護」の枠組みの中で日中の随時訪問のニーズに対応することは可能であり、「夜間対応型訪問介護」の利用者もこれを利用可能である。したがって、ご提案の措置を採る必要はないものとする。	オペレーションを利用した夜間対応型訪問介護の随時訪問サービスの24時間化が提案内容であり、貴省からの回答では提案の趣旨が実現できないとの右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。また、随時訪問サービスの24時間化について、訪問介護サービスの在り方や介護報酬・保険財政との関係上、問題があるのか。	今回の提案は、地域密着型サービスの一つである夜間対応型訪問介護について、「夜間において」とされる制限規定を緩和し、24時間サービスを利用、提供できるよう求めるものです。 ご回答は、提案事項を別の制度を活用することにより対応できる趣旨であり、「夜間において」とされる夜間対応型訪問介護の制限規定の緩和を求める提案内容を実現するものではないと考えられます。夜間対応型訪問介護における随時訪問サービスは、オペレーションサービスとの組み合わせで提供するサービスであり、基本的取扱い方針、サービス内容及び報酬基準等において訪問介護とは異なることから、訪問介護で夜間の随時訪問サービスを行うことは困難と考えます。		1 0 6 0 9 0 1 0	世田谷区、株式会社ジャパンケアサービス	東京都	厚生労働省
0920400	障害者自立支援法による介護給付費の支給におけるオペレーションセンターサービスの緩和	障害者自立支援法第28条第1項 障害者自立支援法第29条第1項 障害者自立支援法施行規則第25条	障害者自立支援法において介護給費を支給する障害福祉サービスは、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、療養介護、生活介護、児童デイサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援とされている。		現行法令で介護給付費の支給を受けることができいないオペレーションセンターサービス、定期巡回サービス及び随時訪問サービスについて、これを支給の対象とするよう緩和する。	住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたいと願う在宅障害者等が、在宅で安心して生活できる地域基盤の整備を目指す。 具体的には、現行法で介護給付費の支給対象の「居宅介護」及び「重度訪問介護」において類型化されていない24時間対応の定期巡回サービス、オペレーションセンターサービス、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの提供について、介護給付費の支給を可能とする。 提案理由 近年、障害者等が増加する中で、介護保険制度においてサービスが制度化された夜間対応型訪問介護を廃止させ、障害者福祉において、24時間対応のオペレーションセンターサービスや随時訪問サービスの必要性を認識するに至った。これにより、介護ニーズに的確に応えることができる施設や住宅の整備が進まない中で、住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたいと願う在宅障害者等にとって、在宅での介護不安が解消される。 代替措置 居宅介護及び重度訪問介護との統合が想定されるが、サービスの提供方法が異なるほか、費用は、居宅介護サービス費及び重度訪問介護サービス費と差を設定するなど、定期的に訪問介護及び重度訪問介護を必要とする居宅要介護被保険者が頻りにオペレーションセンターサービスや定期巡回サービス、随時訪問サービスを利用することは無いものとする。	C	I	〇 障害者自立支援法（以下「法」という。）における介護給付費については、公費の適正な支出という観点から、障害者の生活に必要な不可欠な事業を介護給付費の支給対象となる障害福祉サービスとして法に定め、また、その基準・費用についても全国一律に提供する必要性から、関連法令において定めているところ。 〇 ご要望のサービスを介護給付費の対象とすることについては、 ① そもそもご指摘のサービスが障害者の生活に必要な不可欠なものであるかどうか ② ご指摘のサービスについて、どのような内容を実施した場合に介護給付費の対象とするか（基準）、 ③ ご指摘のサービスに関する報酬について、どのように設定するか（報酬）等についての検討が必要であり、これらの内容が示されていない現状においては、ご指摘のサービスについて介護給付費の対象とすることは困難である。	夜間の緊急的なケア（医療ケアはのぞく）を行うことは介護保険対象者だけでなく重度障害者においてもニーズがあると思われるが、介護保険制度にはあって障害者自立支援法では対象となっていないのはなぜか、ご指示いただきたい。また、右の提案主体からの意見を踏まえ、再度検討し回答されたい。	重度障害者の方の地域での自立生活を支援するため、定期巡回サービスに加え、トイレ誘導やベッドからのすり落ちなどを解消するために、随時に必要となるサービスの提供が求められております。これは、障害者自らの意思でオペレーションに連絡し、サービスを選択することで、障害者の自立に繋がると考え提案させていただきます。また、今回の提案のサービス内容や報酬については、介護保険制度の体系を取り入れるべきだと考えております。		1 0 6 0 8 0 2 0	世田谷区、株式会社ジャパンケアサービス	東京都	厚生労働省
0920410	医師管理下の助産師による会陰縫合と会陰縫合	保健師看護師助産師法37条、38条	助産師は、妊婦、産婦、じよく婦、胎児又は新生児に異常があると認めたときは、医師の診療を求めさせることを要し、自らこれらの者にこれら処置をしてはならない。ただし、随時応急の処置については、この限りでない。		同一病院内に産婦人科医師が勤務あるいは当直している場合、教育を受けた助産師が分娩時の会陰切開と第Ⅱ度会陰裂傷までの会陰縫合とそれに付随する局所麻酔を単独で実施することを認める。	現在日本では産婦人科医師は不足しており、今後一層事態は深刻化すると予想される。産婦人科医不足対策としては産婦人科医の数を増やすことと、産婦人科医の年間担当分娩件数を増やすことの二通りの方法がある。望ましいのは産婦人科医の数を増加させることであるが産婦人科医師の育成には時間がかかりまた産婦人科を希望する医学部学生も減少する傾向にあることから産婦人科医ひとり当たりの年間分娩件数を増やすことも考えなければならない。分娩の半数以上は正常に進行し、特に医師の立会いがなくても母児の安全性にそれと影響があるとは考えられない。しかしながら当院の統計では経産分娩の80％以上で分娩後会陰縫合が行われている。現在の法律では緊急時以外に助産師の会陰切開、あるいは会陰縫合は認められていないので、その結果ほとんどすべての分娩に医師の関与が必要となる。分娩時の会陰切開、第Ⅱ度会陰裂傷での会陰縫合とそれに付随する局所麻酔を教育を受けた助産師が単独で実施することを認めることにより、産婦人科医師の当直時などの負担を軽減し、それにより年間の担当分娩件数を増やすことにより産婦人科医不足対策の一助とすることが本提案の目的である。	C	I	母子の安全を確保する観点から、助産師と医師が適切な役割分担の下で分娩に取り組んでいただく必要があると考えており、御提案のように応急手当以外の場合に会陰切開・縫合や局所麻酔を助産師がすべて行うのは適当ではない。	貴省の回答にある「助産師と医師が適切な役割分担」とはどのようなものか、詳細をご指示いただきたい。特に、病院、助産所のそれぞれにおける助産師と医師の役割分担の現状について明らかにされたい。また、産婦人科医の不足を補うために、医師による管理下において一定の安全策を講じていただくことで提案を実現できないか、再度検討の上、ご回答いただきたい。		1 0 7 3 0 1 0	天使病院 産婦人科	北海道	厚生労働省	
0920420	離島においては、一般病床と精神病床を合わせた複合病床を1病床単位とする要件の緩和	医療法第7条第2項	医療法第7条第2項により、病床の種別として一般病床と精神病床が区分されており、精神病室の設備については、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な方法を講ずることが定められている。		厚生労働省が定める「基本診療科の施設基準等」により一般病床、療養病床、結核病床又は精神病床をそれぞれ区分して病床単位とするものを、離島の特例として、一般病床と精神病床を合わせた複合病床を病床単位として認めるもの。	1. 具体的実施内容 ・離島（遠岐）には精神病床を抱える病院が1病院（遠岐広域連合立遠岐病院）であるが、一般病床と精神病床の複合病床が認められれば、病院経営の改善（自治体繰り出しの軽減）が図られ、さらには島民の医療水準が維持され、生活条件が安定するとともに、島外への入院が回避され、島民の潜在的経済的負担も軽減 2. 提案理由 （1）離島医療の特殊性 ・離島（遠岐）には精神病床を有する病院が1病院しかなく、本土と違い陸路での遠やかな他病院への移送が困難なため、島民の健康と安心な暮らしを維持するためには不採算であっても、病床の維持が必要 （2）離島の医療水準の確保と特例措置の必要性 ・施設基準では、1病床の入院患者は60名以内、夜間配置最低看護師数は2名であり、夜勤回数の関係から、病院には最低17名の看護師配置が必要 ・離島（遠岐病院）の場合、精神病床の平均入院患者数は1日20名弱と少ないが、夜間配置看護師数から、17名の配置が必要であり、経営上精神病床の収支は構造的かつ大幅な赤字 ・しかし、島内から精神病床がなくなった場合、島内患者は本土への長期入院となり、家族の経済的・介護負担が大きく、島内での生活を継続するうえでも大きな障害要因である。また、こうした状況が原因で本土での入院を控えることが予想され、結果的に自殺などの憂慮すべき事態が懸念される ・このため、離島の特殊性を踏まえ、一定の条件下で一般病床と精神病床を合わせた複合病床の運営を認めることが必要	C	I	患者の病態は多様で、一律的な基準により区分することは困難であることから、医療法は、主として急性期の患者が入院する病床を「一般病床」というように区分して、それぞれの病床において提供する医療サービスにふさわしい人員配置基準、構造設備基準を設けているところ。 精神病床については、病状が慢性化した入院患者だけでなく、精神疾患以外の重篤の身体的疾患（合併症）をもつ入院患者など、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療を提供するだけでなく、精神疾患に伴う患者保護の方策を講ずる必要があることから、精神病床と一般病床を統合するのは患者保護の観点から困難であり、「基本診療科の施設基準」についても、その考え方に沿って定められているものである。 なお、病床の利用状況等の事情からやむを得ず病状の急変した精神患者を一般病床に一時的に入院させることは差しつかえない。	複合病床とするに当たっては、患者保護という観点が必要と認識しており、精神・一般病床間の往来は施設等により物理的にできない措置を取った上で行うものである。また複合病床にすることにより一般病床対応の看護師も同じケースセンターにいることから合併症患者や認知症患者への看護もより適切に行えると考ええる。 都市部の人口集積地においては現基準も理解できるが、人口集積も少なくアクセスも悪い離島においては、全国一律の基準では経営悪化を招き、大きな財政負担が必要となり病床を維持が困難化する。その場合、患者の病態の悪化や家族への負担が大きくなることから要件の緩和を強く要望する。		1 0 7 7 0 1 0	遠岐広域連合	島根県	厚生労働省	

09 厚生労働省 非予算(特区・地域再生 再検討要請).xls

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	拡充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係府庁	
0920430	東京都心部における医療計画制度による基準病床数制度(いわゆる病床規制)の撤廃	医療法第30条の4第2項第12号 医療法第30条の11 医療法第30条の4第7項 医療法施行令第5条の4 医療法施行規則第30条の32の2	都道府県知事は医療計画に基づき、二次医療圏ごとに基準病床数を算定することとなっている。(法第30条の4第2項第12号) この基準病床数は、地域ごとにとどの程度の病床数を整備すべきかという整備目標として位置づけられるとともに、それ以上の病床の増加を抑制する基準となっている。(法第30条の11) なお、特定の病床等については、各区域で整備する必要のあるものに限り、各区域で基準病床数を超える病床が存在する場合でも必要に応じ例外的に(都道府県知事の勧告が行われることなく)整備できるものとされている。(法第30条の4第7項) 対象となる病床として13種類が規定され、そのなかの1つとして「高度な循環器疾患の診療を行う病院の病床」が規定されている。(医療法施行令第5条の4、医療法施行規則第30条の32の2)		①手術用ロボット等の最先端医療技術の導入により国際競争力を有する超高機能医療機関の開設に当たっては、東京都心部の病床過剰地域における病院の新規参入に関わる病床規制を撤廃する。 ②東京都心部の病床過剰地域での既存の病床の既得権化は、高質で多様な医療サービスの確保には弊害となっており、国内およびアジア地域の新たな医療ニーズに応えるため基準病床数制度を越えたベッドの新設が必要である。	①高いレベルの医療技術・官民の有効な保険システムを持つ日本国であるが、医療法・薬事法等の規制により新しい医療器材や新薬の導入が遅れ、また交通網の整備された地域での新規医療機関の開設制により、最先端医療の導入が困難な状況にある。内外の多彩な医療ニーズの存在する東京都心部では旧態依然の病床規制が存在し、病院新設が不可能である。ASEAN諸国においては、欧米の医療保険でカバーできる病院が存在し、特にソウル市においてはアジアのハブ空港を目指し積極展開を続けており、この実行への協力事業として手術用ロボットなどの最先端医療技術の導入により、医療産業におけるアジアの中核となる戦略もっている。わが国の医療水準は、世界のトップにあり適切な世界医療戦略を実施すれば、外国から1年にロボットによる心臓外科手術症例1000以上、泌尿器科手術症例800以上を確保できる(一医療機関につき)。手術心臓動脈の冠動脈バイパス手術も1000例以上を確保でき、医療圏を越えた高質な医療の提供と共に次世代の医療者の国際的育成も可能となる。 ②東京都心部は交通網の整備が進み、本邦の患者は航空機・新幹線・高速道路を利用し受診可能である。外国人患者には羽田空港の機能強化による国際線便数の増加に伴いアクセスが良好となる。内外アクセスの良好な地域が最先端高機能病院の開設に適している。 ③担当窓口にて基準病床数を越えている地域(千代田・港・中央区等)での新規病院開設については、事前相談計画書の提出も受け付けていない旨の説明を受けている。 ④弊害発生防止策は、医療技術で収入がカバーできるためベッド供給による需要の創出を防止し、無評価な病床提供をしない。	D	I	左欄の制度の現状にも記載したとおり、特定の病床等については、各区域で整備する必要のあるものに限り、各区域で基準病床数を超える病床が存在する場合でも必要に応じ例外的に(都道府県知事の勧告が行われることなく)整備できるものとされている。(医療法第30条の4第7項) ここにいう特定の病床の1つとして「高度な循環器疾患の診療を行う病院の病床」が規定されている。(医療法施行令第5条の4、医療法施行規則第30条の32の2) したがって提案されている病院が医療機関相互の機能分担・連携の観点から、医療計画に基づいて整備する必要のあるものであれば、たとえ病床過剰地域であっても、都道府県知事から厚生労働大臣への協議を経たうえで、病床規制の例外として整備することができる。					1 0 7 8 0 1 0	個人	東京都	厚生労働省
0920440	非医療職の福祉職員による社会福祉施設等での医療的ケアの実施規制の緩和または特区申請	医師法第17条	医師でなければ、医療をなしてはならない。		社会福祉施設等において、介護職ができる業務の範囲を拡大し、重度障害者に対する比較的安全な医療的ケアの非医療職の職員による実施を認める	前々回の意見募集時にも申し上げたとおり、「『(医政発第0324006平成17年3月24日)在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引について』の中であつたわれている。『ALS患者に対して認められている措置が、同様の状態にある者に合理的な根拠もなく認められないとすれば、法の下での平等に反することから』、特別支援学校や在宅における『一定の条件』を日中活動の場でも満たせば、日中活動の場での非医療職による痰の吸引は容認されるものと考ええる。 また、経済財政諮問会議資料(平成19年11月14日)にもあるように『病院勤務医の厳しい勤務環境や専門職不足が深刻な問題となりつつある』今日、『利用者のニーズに応えられるよう、医師、看護職、介護職のレベルアップや、それぞれの業務範囲の見直しを行うべき』であり、『介護職ができる業務範囲の拡大(痰の吸引、経管栄養の管理など)』を行わずして、どのように重度障害者の地域移行を推し進めていくのか、在宅での生活を支える地域資源である、日中活動の場や生活の中で、日常的に医療を必要とする障害者にとっての生活の一部である「医療的ケア」を受けられる体制が整っていない現状では、家族に「医療的ケア」の問題を押し付け、在宅のみの生活を強いることになり、この状況が真の地域生活とは言えない。非医療職による、一定の範囲内での、一定の医療行為(痰の吸引等)を認めない限り、重度障害者の地域生活は成り立たないというのは、重度障害者に関わる現場の福祉職員の切なる思いである。そして、病院・診療所でも看護師不足が深刻であるのに、ましてや障害者施設での必要な看護師数の不足は明白である。軽微な医療的ケアが必要な人でも、日中活動での医療的ケアが保障されていないため、入所の施設に入らざるを得ないのが現状である。重度障害者の地域移行の流れを逆行させるような規制は改革されるべきである。ある一部の医療的ケアを保障するだけで、地域で暮らしてゆける重度障害者は少なく、また本人・家族もこの改革を強く望んでいる。また、同様の提案を行った前回の平成19年10月の意見募集時の回答には、「医療資格を有さない者に医療行為を行わせることは現時点では困難であると考えているが、今後、様々な関係者の御意見も伺いながら、このような行為の取扱いについて必要な検討を行ってまいりたい。」とあったが、どのようなスケジュールで、どのような機関で、どのような検討をおこなっているのか、ご提示願いたい。	C	I	医療行為は、人体に危害を及ぼす危険性の高い行為であり、必要な医学的知識や技術を有する医師や看護師が行うことが必要と考えている。 したがって、御指摘のように医療行為の一部を「比較的安全な医療的ケア」と位置づけることで、医療資格を有さない者に医療行為を行わせることは現時点では困難であると考えている。また、本年6月に取りまとめた「希望と安心の医療確保ビジョン」において、「チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等も含め、看護職との協働を進める。」とされており、これに基づいて必要な検討を進めて参りたい。			「必要な検討を進めて参りたい」とあるが、具体的なスケジュール等の道筋をご提示願いたい。「医療資格を有さない者に医療行為を行わせることは現時点で困難であると考えている」とあるが、一方で、在宅でヘルパーに、学校で教師に痰の吸引を容認している現状の中で、福祉施設で施設職員に痰の吸引を認められない理由をご回答いただきたい。看護師が不足しているという今の時代に即さない規制は緩和されるべきである。また、「規制改革会議 第2次答申―成果例―」の中の「1. 安心と豊かな社会の実現」において、「介護福祉士による施設内でのたんの吸引等についての検討」との記述があるが、それも踏まえた上で、再度回答をいただきたい。		1 0 8 1 0 1 0	医療、福祉、保健、教育のネットワーク名古屋	愛知県	厚生労働省
0920450	日中活動の場への訪問看護師派遣を可能にすることについての規制緩和または特区申請	健康保険法第8条、健康保険法施行規則第69条	医療保険制度における訪問介護制度の対象者は、疾病又は負傷により「居宅」において継続して療養が必要である者とされている。		障害者の日中活動の場においても、訪問看護ステーションからの看護師派遣(医療保険利用)を可能とする	国は「施設」から「地域」へと福祉政策の転換をはかり、自立支援法により「措置」から「契約」へと、利用者が福祉を選択できるように方針をかえている。また、2007年に我が国も署名した、障害者権利条約では、障害者の固有の尊厳、個人の自律及び自立、差別されないこと、社会への参加等を一般原則として規定し、障害者に保障されるべき個々の人権及び基本的自由について定めた上で、この人権及び基本的自由を確保し促進するための措置を締約国がとること等を定めている。しかし、我が国においては、医療的ケアが必要な障害者が日中活動の場を利用するには、十分な環境が整っていない。例えば、授産施設においては、医療的ケアの必要な方の人数が少なく、事業所として1名の看護師を配置することが効率的でないために、看護師が配置されていないが、実際にはインスリン自己注射や導尿などが必要な人にとって現場は普遍している。また、デイサービス型地域活動支援センターでは、看護師配置は予算的に不可能である。生活介護事業所においては、医療的ケアの必要な方が多数、通所する場合、看護師1名では対応できない状況で、費用も莫大である。また、看護師不足の上、障害者施設への看護師の求職者は少ない。以上のことから、医療的ケアの必要な方は、現実には、通える日中活動の場がなかったり、利用回数の制限が加えられている。これは、自立支援法の趣旨に反する。また、障害者権利条約にも反する。そこで、現在は日中活動の場への訪問看護師の派遣は認められていないが、今回、日中活動の場へも、訪問看護師を認めていただけるように要望したい。日中活動の場への訪問看護師派遣が認められれば、医療的ケアが必要であっても、自らの利用したい施設を選択して通うことが可能となる。すなわち、国の方針通り在宅以外での地域生活が実際に可能となり、自立支援法の契約と選択という趣旨にかなうと考え、また、障害者権利条約の趣旨にも合致する。	C	I	医療保険制度において、障害者の日中活動の場など、患者が一時的に滞在するような施設に対する訪問看護を認めることは、 ○給付対象の限定を困難にし、結果としてあらゆる施設・場所について行われる訪問看護について訪問看護療養費を認めることになりにくいこと ○在宅療養に係る診療報酬上の評価の拡大につながる 等の理由から困難である。			医療的ケアが必要な方は、看護師の配置状況等によって、希望の施設、希望の利用日数を制限されている。医療的ケアが必要かどうかによって、サービスが受けられないものがあり、これは合理的配慮に欠ける。2007年、我が国は、障害者権利条約に署名しているにもかかわらず、これは差別にあたらないだろうか、ひとりの人が自ら選択して希望する施設に通えるように制度があるべきである。看護師が社会全体として不足している現在、医療的ケアの必要な方を、地域でどう支えていくか考え、医療的ケアを必要とする方の権利を守るという観点、地域生活を支えるという観点から再度ご回答いただきたい。		1 0 8 1 0 2 0	医療、福祉、保健、教育のネットワーク名古屋	愛知県	厚生労働省
0920460	地域の出産・子育て環境の確保・充実	医療法19条	助産所の開設者は、厚生労働省令で定めるところにより、嘱託する医師及び病院又は診療所を定めおかなければならない。		医療法第19条の「助産所における産婦人科嘱託の義務」に関して、助産所開設者個人の努力によって嘱託産科医・病院の確保が困難である場合には、当該助産所の存続を地方公共団体に嘱託産科医・病院の診察等の義務があること、といった趣旨を付け加える。	平成19年4月から施行された改正医療法第19条により、助産所の開設者が嘱託する産婦人科医と病院を定めることが義務化された。この改正は、助産所に診察を受ける妊婦にとって出産時の異常分娩等、緊急の場合の安全を確保するものとして評価されるが、一方で、地域によっては、産科医師や産科病院の減少等により、助産師個人が上記の契約等を結ぶことが困難な場合も考えられ、結果的に、地域住民に身近な助産所が減少し、地域の出産・子育てのための環境が悪化する可能性も想定される。 また、安全に子育てを支援する環境の確保は、地域生活の基である。こうした点を考えれば、助産師個人の努力によって嘱託産科医・病院の確保が困難である場合には、助産所の存する地方公共団体に診察等の義務を課すべきと考え、これにより、地域の助産所の減少を防ぎつつ、助産所一病院一自治体が連携した安心し出産・子育てできる環境の確立を目指す。その際、助産師の資格は持ちながらも、結婚や出産・育児などの理由で離職した「潜在助産師」を、積極的に活用することが期待される。	C	I	嘱託医師等の確保については、昨年末、嘱託医師等の確保が着実に進められるよう、都道府県に対し通知を発出して周知事項の徹底と協力要請を行い、平成20年3月31日時点で、今年度分娩を扱う予定のある282施設全てで、嘱託医師と嘱託医療機関の両方が決定したとの報告を受けたところである。今後とも、引き続き嘱託医師・嘱託医療機関確保への支援に努めまいりたい。また、既に医療法上、地方自治体には適切な医療提供体制の確保について責務があり、各都道府県が設置する医療対策協議会の積極的な活用などを通じて、嘱託医師等の確保に努めていただきたい。			貴省回答によれば、措置の分類は「D(現行規定により対応可能)」ではないか。		1 0 8 4 0 6 0	個人	東京都	厚生労働省
0920470	これまで医師に限定されていた医療行為の一部を資格低し、その資格を有する正看護士にも医療行為を認める。	医師法 保健師法 助産師法	医師でなければ、医療をなしてはならない。		医師のみに認められている「絶対的医療行為」と医師の指示の元に行う「相対的医療行為」について、医療行為ごとに資格を設け、その資格を有する正看護士であれば医師の指示が無くとも医療行為を行えるようにする。	■具体的事業の実施内容 現在行われている様々な医療行為の中から、医師免許の必要性が比較的低いと考えられる医療行為を抽出する。そしてそれらの医療行為について、正看護士の資格を有する者が、専門研修の履修と資格試験に合格することにより、その医療行為の専門資格を有し、医師の指示が無くとも自らの判断でその医療行為を行うことができるものとする。 ■提案理由と背景 一向に解決の見通しが立たない医師の不足問題。医師一人当たりの年間外来患者数は、年間8千人を越え、OECDの平均人数の3倍を有に超えている。これは、医師一人当たり1人にかかる負担の増大による、非効率な医療行為という悪循環を招き、医療の質低下にもつながっていること。そこで、正看護士の活動範囲を広げることと医師に掛かる負担を少しでも軽減できれば、一人でも多くの患者に対して効率的な医療行為が可能となり、医療の質低下を防ぐことも可能となる。また、正看護士から見れば、自分達にできる医療行為が明確化され、受動的から能動的な医師へのサポート体制が確立できるようになる。専門的知識と資格を有し、自らの判断で医療行為が可能になることは、医師への依存意識が強い昨今の医療現場に対して大きな変革をもたらすことになるのではないかと。	C	I	看護職員が行う業務については、医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為について、医師又は歯科医師の指示を必要としているところであり、医師又は歯科医師の指示が必要かどうかは個別具体的に判断されるものである。 御提案の「正看護士」については、その内容が不明であり看護師等の既存の資格との違いが明確でないことから、御提案のような新たな資格を設けることは困難である。			初めに提出した事項内容の表記「正看護士」が当方の誤りであったことをお詫びし、表記を既存の「正看護師」に訂正の上、再度意見を提出します。当提案の主旨は、一定の知識と経験を有する既存の正看護師に対し、一部の医療行為を「資格」という形で、医師の指示が必要かどうか個別具体的に判断なくその医療行為を行えるようにすることである。これは限られた人員の中で正看護師の業務範囲を徐々に広げていくことで、医師に掛かる負担を軽減でき、医療の質低下の抑止にもつながるはずである。		1 0 8 5 0 0 1 0	パソナグループ シャードー キャビネット	東京都	厚生労働省
0920480	雇用創出につながる起業を支援するために、ハローワークの機能を拡充する。	職業安定法第5条 雇用対策法第4条	ハローワークにおいては、無料の職業紹介事業や求職者に対する職業指導等の業務を行っている。		全国に展開しているハローワークの拠点を活用し、主要な都市にある拠点に起業に関する相談窓口を設け、コンサルタントを設置する。 根拠法文の改正 ①「雇用対策法」第13条 第2項追加 「求職者が、就業の選択肢として、起業の機会を得るために、起業に関する調査研究の成果等を提供し、起業行為が促進されるように努めなければならない」 ②「職業安定法」第5条 8項追加 「就業の選択肢として、起業の機会を与えるために、必要な政策を樹立し、その実施に努めること」	■内容 全国576拠点展開しているハローワークに、起業を希望する人が専門のコンサルタントに起業までに必要な行政手続き・事業計画・組織設計までの方法を相談できるような窓口を各拠点に設ける ■提案理由 現在、厚生労働省の施策として独立行政法人雇用・能力開発機構が設置し、職業能力開発総合大学校が運営する公的機関、「創業サポートセンター」が起業希望者に対しては、起業に関する調査研究の成果等を提供し、起業行為が促進されるような窓口を各拠点に設ける ■効果 日本全国で地方にいる人でも起業することがより身近となり、起業が活発になることで経済が活性化され、雇用創出にもつながる。起業による法人設立に伴い、社会保険適用事業所も拡大し、社会保険料の財政にも寄与するものである。	E	I	本要望については、雇用対策法及び職業安定法等で特段規制しているわけではない。 なお、起業支援については、国(中小企業庁)、都道府県、商工会議所などでは、専門家と相談できる窓口(支援センター)を既に設置しているものと認識している。			1 0 8 ループ 5 シャードー キャビネット	パソナグループ シャードー キャビネット	東京都	厚生労働省		

09 厚生労働省 非予算(特区・地域再生 再検討要請).xls

管理コード	要望事項 (事項名)	該当法令等	制度の現状	補充提案・関連提案に係る規制の特例措置の番号・	求める措置の具体的内容	具体的事業の実施内容・提案理由	措置の分類	措置の内容	各府省庁からの提案に対する回答	再検討要請	提案主体からの意見	プロジェクト名	提案事項管理番号	提案主体名	都道府県	制度の所管・関係官庁
0920490	労働基準法第32条における労働時間の部分的緩和	労働基準法第32条、第38条	労働基準法第32条において、使用者は労働者に、休憩時間を除き、1週間について40時間、1日について8時間を超えて労働させてはならないと定められている。また、同法第38条において、労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については通算すると定められている。		労働時間は労働基準法第32条において、「使用者は、労働者に、休憩時間を除き1週間について40時間を超えて、労働させてはならない。」と規定している。この規定について、求職活動を理由とし、かつ2つの事業主の元での就業に限定する形で、1週間48時間まで緩和する。また期間は6ヶ月以内とする。	求職者の仕事の可能性を広げることを目的としている。現行法では、就業時間は1週間に40時間までと定められており、異なる事業主の元においても、それ以上は就業できない。求職活動中に限り、この規定を現行法より8時間多く認めることで、少なくとも週に一度は自分に興味のある業界や職種の仕事を積極的に挑戦することが可能になる。	C	I	労働基準法第32条及び第38条は、生活時間の確保、健康の維持等の労働者保護の観点から、労働時間に関する最低基準を定めるものであり、求職活動中であっても同様に最低限の労働者保護は必要であることから、御要望にお応えすることはできない。 なお、現行規定においても、法定の手続きをとれば、一週間において時間外労働を含めて48時間労働させることは可能である。				1085030	パソナグループシャドーネット	東京都	厚生労働省
0920500	「JOBカード制度」職業能力形成プログラム中の企業実習の雇用形態に派遣契約も可能にする。	雇用保険法施行規則第125条及び附則第17条の7	該当法令等において、有期実習型訓練の対象者は、事業主が雇う労働者と規定されており、また、実習については、当該事業主が行う業務の遂行の過程内における実務を通じた実践的な技能及びこれに関する知識の習得に係る職業訓練とされている。		「JOBカード制度」の大きな柱の1つであり有期実習型企業訓練に関して、期間中求職者と受入企業との雇用形態に派遣契約も可能にする。	JOBカード発行・コンサルティングの結果、就職困難者が職業訓練を受けることとなると受入企業と3～6ヶ月の雇用契約を結び企業実習を行なうこととなる。その際、受入企業には OJT時：¥600円/時間 offJT時：賃金&費用1/3（中小企業1/2）が助成金として支払われる。しかし実際は受入が決定後、①現場実習と座学を組み合わせたカリキュラムを策定 ②助成金認定申請 ③面接 ④評価者勉強会 といった手続きが必要となり、助成金のメリット以上の手間がかかってしまう。特にすぐに人材を放している中小企業に関しては、このジョブカード制度を有効活用しきれない可能性が高い。今後5年でカード取得者100万人、訓練終了者40万人を実現するためには、この制度に賛同する受入企業を多く開拓する必要がある。その為の1つの施策として職業訓練時の雇用を派遣契約でも可能にする事により、派遣会社が各種書類の作成、事務手続きおよび運用をサポート。より煩雑な手続きを簡単に出来るようにし、多くの中小企業が今回の制度を受入れやすい環境を作る。	C	III	提案の内容は、派遣元事業主で労働者を雇用し、当該施設内で座学（off-JT）を実施し、派遣先で実習を実施するというものと想定される。 有期実習型企業訓練は、雇用主の下での実習と雇用主の責任の下で一定の要件を満たす座学を組み合わせた制度であるが、派遣元事業主によって派遣先は顧客という関係であるため、派遣元事業主が派遣先での訓練実施状況の確認や指導等を十分に行える保証が得られにくいといった課題等があることから、対応することは困難である。				1085040	パソナグループシャドーキャビネット	東京都	厚生労働省
0920510	法定雇用率について、市区町村ごとにポイント決定権を与える。	障害者の雇用の促進に関する法律第37条、第38条、第43条、障害者の雇用の促進に関する法律施行令第2条、第9条	障害者の雇用の促進に関する法律（以下「障害者雇用促進法」という。）は、障害者の職業の安定を図ることを目的として、労働者を雇用して事業活動を行うすべての事業主に、身体障害者又は知的障害者（以下「身体障害者等」という。）を雇うための責任があるという基本的な考え方に基づき、身体障害者等の雇用義務を課している。この共同責任を分担する上で平等性を担保するために、原則として一律の障害者雇用率（以下「雇用率」という。）を定め、各事業主が雇う労働者数に応じて、身体障害者等の雇用義務を負うこととしているところである。		地域によって精神・身体・知的障害者の数が多い地域・少ない地域がある。各市区町村ごとにその地域の障害者の実態を把握し、それに見合うような法定雇用率のポイントを付けていける権限を与える。	提案理由：法定雇用率の権限を市区町村に与えることにより、障害者雇用の実態や、その地域の障害者の現状を理解・関心を深める。また、この施策によって、その地域に合わせた法定雇用率の分配ができるようになる。 実施内容： 例：知的障害者雇用を課題としている地域 ⇒知的障害者を採用したら1．5ポイント与える等。	C	I	障害者雇用率制度は、官民を問わず労働者を雇用するすべての事業主に一定割合の雇用義務を課するとともに、雇用義務を果たしていない事業主から納付金を徴収し、義務を果たしている事業主に対して障害者数に応じた調整金、奨励金等を支給することにより、事業主間の障害者雇用に伴う、経済的負担の調整を図る制度である。 御要望の趣旨が不明であるが、障害者雇用率制度は、障害者の雇用に関し、社会連帯の理念に基づき、広く事業主に障害者の雇用義務を課すものであり、地域によってその義務に差が生じるものではないことから、市区町村ごとにポイント決定権を与えることはできない。				1085050	パソナグループシャドーキャビネット	埼玉県	厚生労働省
0920520	小規模多機能型居宅介護事業所において、障害児（者）デイサービス事業であっても受入を可能にする。	厚生労働関係構造改革特区区域法第二条第三項に規定する省令の措置に関する省令の適用を受ける特定事業を定める省令（平成19年厚生労働省令第7号）	近隣に障害福祉サービスの提供を行う事業所が無い場合に、介護保険法による指定小規模多機能型居宅介護事業を障害児（者）が利用した場合、障害者自立支援法における「基礎該当サービス」及び「指定短期入所事業」とみなし、障害者自立支援法に基づく給付金の給付を可能としようとするもの。	934 指定小規模多機能型居宅介護事業所における障害児（者）の受入事業	現行では、近隣において障害者デイサービス事業及び児童デイサービス事業を利用することが困難な障害者及び障害児が、介護保険法の規定に基づく指定小規模多機能型居宅介護事業所を利用できるとなっている。障害児（者）において、近隣に指定短期入所事業所等の宿泊施設の利用が困難な場合においてはデイサービス事業が近隣にある場合でも小規模多機能型居宅介護事業所の利用をできるようにする。	介護保険制度においては、平成18年度より、高齢者が住み慣れた地域でこれまでと同じような生活を継続できるように、通いを中心に宿泊や訪問を組み合わせた新たなサービスとして、小規模多機能型居宅介護サービスが創設されている。このサービスの特例において、当該サービス利用対象者に対するサービス提供に影響を及ぼさない範囲で、小規模多機能型居宅介護の登録者数と障害児（者）の登録の合算数が上限である25人を超えないことを前提に障害児（者）が利用できることを認めている。この特例の趣旨で、近隣において障害者デイサービス事業及び児童デイサービス事業を利用することが困難な障害児（者）が対象となっている。しかし、近隣においてデイサービス事業所はあるが短期入所事業所等の宿泊施設は、障害児の場合で言うところ市内には一つも無く遠方まで行くことになる。さらさらそこで定員が埋まっており緊急時に対応できない等、宿泊を利用するのが困難な状況となっている。このように、障害児（者）にとっては活用しづらい部分があるため、近隣のデイサービス事業等の利用者も利用対象者になれば、障害児（者）の受入に柔軟に対応できる。また、当法人においては同一敷地内において、児童デイサービス事業と小規模多機能型居宅介護事業を行っており、日常的に障害児と高齢者の交流が行われているので、馴染みのスタッフによる住み慣れた環境の下でのサービス提供は、利用者にとっても安心した生活ができるようになるものと考え	D	一	現行制度においても、介護保険法に定める小規模多機能型居宅介護事業所が障害者自立支援法に定める短期入所の指定を受けることにより、障害児（者）が当該事業所において短期入所事業所の提供する宿泊サービス等を利用することは可能であることから、御指摘のような措置をとる必要はないと考える。	介護保険法に定める小規模多機能型居宅介護事業所が障害者自立支援法に定める短期入所の指定を受ける際に、人員や設備等の設置基準において併任・併用等が可能なものか教示いただきたい。また、右の提案者からの意見について、合わせてご回答されたい。		1039010	社会福祉法人権現福祉会	熊本県	厚生労働省	
0920530	幼稚園教員資格認定試験と保育士試験の整理統合【新資格試験の創設、試験日の統一】	児童福祉法第18条の6	保育士となる資格を有する者は、①厚生労働大臣の指定する保育士を養成する学校その他の施設を卒業した者、②保育士試験に合格した者のいずれかに該当する者としている。		①「幼稚園教員資格認定試験第一次試験」と「保育士試験」を兼ねた新資格試験を創設すべく、試験科目・内容、出題形式を整理統合し、一度の受験で済むようにする ②前述①に伴ない、「幼稚園教員資格認定試験第二次試験」の内容等を見直す ③幼稚園教員資格取得を志す者は、第一次試験合格後、別途の日時に幼稚園教員資格認定第二次試験を受験する ④過渡的措置として、既に幼稚園教員の資格を有する者で保育士資格取得を志す者は、現行の保育士試験を受験する ⑤過渡的措置として、既に保育士の資格を有する者で幼稚園教員資格取得を志す者については、現行の幼稚園教員資格認定試験第一次試験は免除し、第二次試験を受験させる	保育士の仕事と幼稚園教員の仕事は、その性格内容は自ずから異なるものの、子どもの成長過程からすれば、ここまでは保育、ここから先が幼稚園教育と一線を画することは無い。昨今の幼保一体化教育ニーズに対応するには、同一人物が両資格を保有していることが望ましい。そのためには、両資格試験の整理統合（新資格試験の創設）と実施日の統一が、受験生にとっては便利である。もちろん、本措置は、保育士資格のみを希望する者に、幼稚園教員の資格取得を強制するものではないし、幼稚園教員資格認定試験の質的レベルダウンをもたらすものでもない。また、過渡的措置として、第一次試験を免除しても、第二次試験合格が必須であるから、幼稚園教員のレベルダウンをもたらすものでもない。本人の自由選択も残されており、総じて必要かつ妥当な措置である。	C	III	幼稚園教諭免許と保育士資格については、①満3歳からの子どもの対象に1日に4時間を標準とした教育を行う学校である幼稚園と、②保護者の就労等の事情により保育に欠ける0歳からの子どもの対象に1日原則8時間の保育を行う児童福祉施設である保育所という両施設の目的・役割の違いを踏まえたものとなっている。 このため、①幼稚園教諭免許保有者は、教職の意義及び教員の役割を理解し、適切に教育課程を編成して満3歳からの子どもの指導に当たる能力を有することにより力が置かれているのに対し、②保育士資格保有者は、児童福祉、小児保健、小児栄養、保育原理、基礎的な教育原理を幅広く理解し、専門的知識を持って0～2歳児の低年齢児を含む子どもの保育に当たる能力の養成に力が置かれているものとなっており、これらを統合する新たな新資格制度を創設することは困難である。 （参考：文部科学省の回答） 幼稚園教諭免許状は、必要な単位と学位を得ることによって授与されることが原則となっています。 一方、現行の幼稚園教員資格認定試験は、単位と学位による授与を原則としつつ、保育士資格と3年以上の実務経験を有する者に限って、幼稚園教諭の免許状の併有を促すために実施されているものであり、多くの短期大学等において幼稚園教諭免許状及び保育士資格の両者を得ることができることとなっている現状において、保育士としての実務経験を有しない者についてまで試験により幼稚園教諭免許状を授与することは、必要性が認められないとともに、幼稚園教諭の質の低下を招くおそれがあるため、特区として対応することはできないと考えます。	構造改革特別区域推進本部評価・調査委員会における調査審議の状況を踏まえ、再度検討し、回答されたい。		105010	社団法人日本ニュービジネス協議会連合会	東京都	文部科学省 厚生労働省	